

# Activiteitenverslag van het Fonds voor de medische ongevallen – 2017



# Inhoud

Voorwoord ..... 3

Woord van de directie ..... 4

## Deel 1 - Opdrachten van het Fonds voor de medische ongevallen ..... 7

I. Inleiding ..... 8

II. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht (Art.8 §1) ..... 8

III. Preventie-, registratie- en rapportingsopdracht ..... 9

## Deel 2 - Beheersorgaan ..... 11

Beheerscomité in het kader van de integratie van het FMO in het RIZIV ..... 12

## Deel 3 - Administratieve structuur en team ..... 15

I. Organigram van het Fonds voor de Medische Ongevallen ..... 16

II. Instrumenten ..... 18

## Deel 4 - Activiteitenstatistieken m.b.t. de “opdrachten” voor de geanalyseerde periode en toelichtingen ..... 19

I. Statistieken callcenter ..... 20

II. Activiteitenstatistieken - Opdrachten ..... 23

1. Open, gesloten en heropende dossiers en taalkundige verdeling ..... 24

2. Verdeling van de dossiers per fase ..... 28

3. Geografische verdeling van de dossiers ..... 31

4. Verdeling van de dossiers volgens plaats (type) van de geneeskundige verstrekking die verband houdt met het aangegeven medisch ongeval ..... 33

5. Verdeling van de dossiers per indiener van de aanvraag ..... 34

6. Verdeling van het aantal ingediende en geopende dossiers per maand ..... 35

7. Verdeling van het aantal voltooide dossiers per maand in fase 1 en 2 en 3 ..... 36

8. Aantal ontvankelijke en onontvankelijke dossiers en taalkundige verdeling ..... 37

9. Adviezen ..... 40

10. Vergoedingen ..... 41

11. Geschillen ..... 42

## Deel 4 bis - Medische statistieken..... 43

I. Algemene beschouwingen .....	44
1. De codering .....	44
2. Beperkingen van de huidige cijfers.....	44
II. Statistieken .....	44
III. Andere activiteiten van de artsen .....	50
1. De interne artsen.....	50
2. Het netwerk van externe experts .....	50
3. Voordrachten.....	50

## Deel 5 - Financiële informatie “opdrachten” ..... 53

I. Begroting en realisaties – Opdrachten .....	54
Commentaar .....	55
II. Begroting en realisaties – Beheer .....	56
III. Vergelijking begroting en realisaties 2017 .....	57
IV. Financiële statistieken betreffende de opdrachten.....	58

## Deel 6 - Aanbevelingen om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen..... 63

## Deel 7 - Adviezen van het fonds..... 65

I. Standpunten nopens de tegensprekelijke expertise (hierna TSE) en het concept tegensprekelijkheid in de verschillende fasen van het onderzoek van de aanvraag.....	66
1. De expertiseopdracht .....	66
2. Meer schadegerichte aanpak.....	69

# Voorwoord

Beste lezer,

In dit zesde activiteitenverslag maakt het Fonds opnieuw de balans op en vestigt het aandacht op de vooruitgang van de activiteiten maar ook op moeilijkheden waarmee het wordt geconfronteerd.

De statistieken van de activiteiten worden op dezelfde wijze gepresenteerd als in het vorige activiteitenverslag. Het verslag biedt u een vergelijking met het jaar 2016, en voor sommige aspecten met de situatie bij de start van de activiteiten van het Fonds. Dit laat toe om de evolutie te analyseren.

Ondanks de aanhoudende inspanningen van het Fonds, is er nog steeds een belangrijke achterstand in de behandeling van de dossiers.

De invulling van het masterplan van 2014 wordt opgevolgd in nauwe samenwerking van het Fonds met de algemene diensten van het RIZIV. Het comité blijft erop aandringen dat openstaande betrekkingen zo snel mogelijk worden ingevuld om een snelle en kwaliteitsvolle verwerking van de dossiers toe te laten.

2017 werd gekenmerkt door de implementatie van de nieuwe software (DAMO – Dossiers Accidents Médicaux/Medische Ongevallen). Na een gebruik door de key-users eind 2016 wordt de software sinds 1 april 2017 gebruikt door alle medewerkers van het Fonds. Alle gegevens uit het vorige pakket werden gemigreerd. Uiteraard gebeurden er na de implementatie nog verbeteringen en aanvullingen aan deze software. De software is momenteel beperkt tot fase 1 en fase 2 van de analyse van een aanvraagdossier. Naast DAMO is er ook aandacht voor het digitaal uitwisselen van medische gegevens en medische beelden, contacten met softwareleveranciers werden opgestart.

Een belangrijke bekommernis zowel van het comité als van het Fonds is de bestaande achterstand, ondanks alle inspanningen blijft deze achterstand belangrijk. Om een snellere behandeling van de dossiers mogelijk te maken werd medio 2017 beslist om de procedure op een aantal punten aan te passen met het oog op een meer schadegerichte aanpak. In dossiers zonder indicaties dat de ernstgraad bereikt wordt, wordt geopteerd voor een eenzijdige expertise. Waar mogelijk zal het advies gebaseerd worden op een analyse door de interne artsen. De mogelijkheid werd ook gecreëerd om dossiers met zeer ernstige schade met prioriteit te behandelen.

Naast deze procedurele wijziging moet binnen het Fonds nog meer worden ingezet op overleg en communicatie zowel met het slachtoffer, de zorgverstrekker als zijn verzekeraar.

Al deze initiatieven beogen een vlotte en kwaliteitsvolle behandeling van de talrijke aanvragen die het Fonds van bij de opstart mocht ontvangen. Ondanks de complexe taak die rust op het Fonds blijft het terugdringen van de achterstand absolute prioriteit. Het beheerscomité blijft hierop toezien en zoekt samen met de directeur en het ganse team van het Fonds naar oplossingen voor de knelpunten waarmee het wordt geconfronteerd. Het besef van de belangrijke maatschappelijke opdracht is terecht groot bij alle betrokken actoren.

Geneviève Schamps

Voorzitter van het Beheerscomité

Steven Lierman

Ondervoorzitter van het Beheerscomité

## Woord van de directie

2017 is het vijfde volledige werkingsjaar van het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) als openbare dienst, ondergebracht bij het RIZIV sinds 2013 als derde sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering.

De integratie van het FMO in het RIZIV stemde overeen met de politieke bereidheid om de medische ongevallen te beheren binnen de context van de verzekering voor geneeskundige verzorging. De overheid wijst erop dat schade die voortvloeit uit een geneeskundige verstrekking, door de overheid moet worden behandeld (in alle betekenissen van het woord), door middel van adviezen of vergoedingen. Het gaat dus om een sociaal en openbaar vergoedingssysteem voor ongevallen en schade als gevolg van het gezondheidszorg via de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het betreft een vergoedingssysteem naast of als aanvulling op de gerechtelijke weg om een medisch ongeval te laten erkennen, de aansprakelijkheid ervoor vast te stellen, maar ook de mogelijke vergoeding van de schade ten laste van de verantwoordelijke zorgverlening of van het Fonds te bepalen volgens de voorwaarden die zijn vastgelegd bij de wet van 31 maart 2010.

Als directeur van het FMO, ben ik, samen met het hele team, de partners binnen het Beheerscomité en ons netwerk van externe experts, trots en uiterst geëngageerd om deze uitdaging voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verder aan te gaan.

Ik ben mij zeer goed bewust van het belang van deze opdracht, zowel voor de aanvragers als voor de zorgverleners; dit activiteitenverslag zal u zo helder en objectief mogelijk inlichten over de geboekte vooruitgang en de vastgestelde problemen.

Begin 2017 waren er 507 aanvragen in 2017 bij het FMO geregistreerd. Sinds de start van het Fonds werden er op 31.12.2017 4.273 aanvragen ontvangen.

U kunt echter ook vaststellen dat bijna 40 % van de aanvragen werd afgesloten en dat dus ongeveer 60 % op 31.12.2017 nog in behandeling was, voornamelijk in fase 2 (intern en extern medische en juridisch onderzoek (expertise)), de fase voor het advies van het FMO.

Er zijn dus nog onvoldoende eindadviezen (dit is de eerste en voornaamste opdracht: de aanvragen onderzoeken en verwerken) en bijgevolg weinig vergoedingen (dit is de tweede opdracht). Met andere woorden er is nog steeds een grote achterstand waardoor er aanzienlijke vertraging is bij het afhandelen van de dossiers.

Het Masterplan, ingevoerd door de directie-en beheersorganen van het FMO in mei 2014 had als voornaamste doelstelling een aanzienlijke versterking van het interne team, opvolging van beheersindicatoren voor de opvolging van de verschillende subfasen en de samenwerking met externen.

In 2017 gebeurde verschillende aanwervingen. Desondanks waren eind 2017 niet alle betrekkingen ingevuld. Enkele medewerkers, ook nieuwe medewerkers verlieten het FMO. De inspanningen om het kader volledig in te vullen werden in samenwerking met de dienst HR van het RIZIV verdergezet.

Toch slaagde het FMO erin in 2017 een aanzienlijk aantal adviezen te geven. In vergelijking met de voorbije jaren is het aantal voorgestelde en uitbetaalde schadevergoedingen sinds de oprichting van het FMO jaar na jaar toegenomen.

De versterking van het team moet echter nog worden voortgezet. De medewerkers doen ervaring op en krijgen de kans nuttige en noodzakelijke opleidingen te volgen. De know-how van het FMO is in het voorbije jaar in belangrijke mate verhoogd.

Enkele medewerkers waren om verschillende redenen langdurig onbereikbaar.

Het is de bedoeling de processen voor een snellere verwerking te versoepelen zonder aan kwaliteit in te boeten.

Het FMO doet er, in samenwerking met het RIZIV, alles aan om zijn rol ten volle te vervullen, zowel voor de individuele aanvragen als de collectieve aanbevelingen. Ik hoop dat het FMO in de toekomst de ingeslagen weg kan verder zetten en uiteindelijk kan werken binnen termijnen die nauwer aansluiten bij de verwachtingen van alle partijen en de maatschappij.

Mia Honinckx  
Adviseur-generaal, directeur FMO



Deel 1  
Opdrachten van het  
Fonds voor de medische  
ongevallen





## I. Inleiding

De integratie van het FMO als 6<sup>e</sup> dienst van het RIZIV, die heeft plaatsgevonden op 1 april 2013, heeft geen invloed gehad op de opdrachten, die bij de oprichting aan het Fonds werden toevertrouwd.

De opdrachten van het FMO staan omschreven in artikel 8 van de wet medische ongevallen van 31 maart 2010 (Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg - B.S. 02.04.2010).

Het behelst enerzijds **taken in het kader van zijn opdracht om slachtoffers** van schade als gevolg van gezondheidszorg of hun rechthebbenden (binnen de grenzen van art. 4 en 5) **te vergoeden** en anderzijds **opdrachten van algemeen belang**. In het eerste geval betreft het een advies-, vergoedings- en bemiddelingsfunctie. Daarnaast vervult het FMO algemene opdrachten in het kader van registratie, rapportering en preventie.

Hierna volgt een korte beschrijving van elke taak waarmee het FMO belast is.

## II. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht (Art.8 §1)

Voorname functies maken de belangrijkste opdracht uit van het FMO. Het onderstelt namelijk:

- het bepalen of schade als gevolg van gezondheidszorg aan de patiënt al dan niet aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, alsook de beoordeling van de ernst van de schade. Hiervoor kan het FMO:
  - bij de zorgverlener(s), de zorginstelling, de patiënt en aan elk natuurlijk persoon of rechtspersoon alle documenten en informatie opvragen die noodzakelijk zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen
  - een beroep doen op gespecialiseerde zorgverleners om verduidelijking te krijgen over een specifiek domein van gezondheidszorg.
- het vaststellen of de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt daadwerkelijk en voldoende is gedekt door een verzekering. Bovendien kan het FMO zich uitspreken over de reikwijdte van de dekking van de door de zorgverlener afgesloten verzekering.
- het verzoek aan de zorgverlener of zijn verzekeraar om een vergoedingsvoorstel te doen aan de patiënt of zijn rechthebbenden wanneer het oordeelt dat de aansprakelijkheid van een zorgverlener in het geding is.
- het uitkeren van een vergoeding aan de patiënt of zijn rechthebbenden wanneer er aan de vergoedingsvoorwaarden van art. 4 en 5 van onderhavige wet is voldaan.
- het organiseren van een bemiddeling (overeenkomstig de artikelen 1.724 tot 1.733 Ger.W.) wanneer de patiënt of zijn rechthebbende, een zorgverlener en/of zijn verzekeraar hierom verzoekt. Het verstrekken van een advies inzake de toereikendheid van het vergoedingsvoorstel dat wordt voorgesteld door de zorgverlener of de verzekeraar, indien de patiënt of zijn rechthebbende(n) hierom verzoekt.

### III. Preventie-, registratie- en rapportingsopdracht

De preventiefunctie houdt in dat het FMO alle gegevens betreffende de aanvragen dient te centraliseren zodat het op verzoek van de bevoegde minister of op eigen initiatief adviezen kan uitbrengen over elke aangelegenheid die verband houdt met preventie of de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Verder heeft het FMO ook de taak om statistieken op te stellen over de vergoedingen die krachtens de bepalingen van de wet medische ongevallen werden toegekend.

Ten slotte dient er jaarlijks een activiteitenverslag opgesteld en overgemaakt te worden aan de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, aan de Wetgevende Kamers en aan de Federale Commissie Rechten van de Patiënt.

Dit verslag bevat onder meer de analyse van statistische en financiële gegevens, alsook aanbevelingen ter preventie van schade als gevolg van gezondheidszorg en ter verbetering van de vergoeding ervan, en bovendien eventueel een voorstelling van en toelichting bij de adviezen die het FMO meent te moeten uitbrengen. Dit verslag mag enkel anonieme gegevens bevatten en aldus geen persoonsgegevens.



# Deel 2

## Beheersorgaan



## Beheerscomité in het kader van de integratie van het FMO in het RIZIV

Het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) is aanvankelijk opgericht als overheidsorgaan met een eigen rechtspersoonlijkheid, ondergebracht in categorie B, zoals bepaald door de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut.

Overeenkomstig de bepalingen van de voormelde wet beschikte het FMO over een Raad van bestuur belast met het toezicht op de verwezenlijking van zijn verschillende opdrachten, zoals beschreven in het eerste deel van dit verslag.

De integratie van het FMO in het RIZIV heeft geleid tot de opheffing van de Raad van bestuur (effectieve opheffing op 1 april 2013) die door een Beheerscomité is vervangen (artikel 27 van de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg (I), BS, 29 maart 2013 ed. 2, p. 20188). De oprichting van dat Beheerscomité, als gevolg van de integratie, garandeert de autonomie van de nieuwe dienst bij de uitvoering en de follow-up van zijn wettelijke opdrachten.

De samenstelling van het Beheerscomité is identiek aan wat vóór de integratie voor de Raad van bestuur bestond.

Krachtens artikel 137, *quater*, §2, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet), is de Raad van bestuur van het FMO als volgt samengesteld:

- 4 leden die de overheid vertegenwoordigen
- 4 leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers en representatieve organisaties van de zelfstandigen vertegenwoordigen;
- 4 leden die de representatieve organisaties van alle werknemers vertegenwoordigen;
- 4 leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen
- 5 leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen, waarvan minstens 3 artsen
- 3 leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen, waarvan minstens een arts-hygiënist
- 4 leden die de patiënten vertegenwoordigen
- 2 professoren of docenten in de rechten, gespecialiseerd in medisch recht.

Overeenkomstig artikel 137, *quater*, §3 van dezelfde wet bepaalt de Koning de wijze waarop de leden worden aangewezen. Die bepaling heeft aanleiding gegeven tot het opstellen van het Koninklijk besluit van 25 april 2014 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de GVU-wet, tot invoering van een hoofdstuk IV *bis* betreffende het Fonds voor de Medische Ongevallen (M.B. van 16 juni 2014, p.45166 e.v.). De wijze waarop de leden worden aangewezen, wordt door dat hoofdstuk VI *bis* geregeld.

Dankzij de overgangsbepaling die werd ingevoegd in de wet tot uitvoering van die integratie (wet van 19 maart 2013), kunnen de regeringscommissarissen en de leden van de Raad van bestuur van het FMO, afhankelijk van het moment waarop die wet in werking is getreden, hun mandaat verder uitoefenen (totdat dit mandaat afloopt) in de hoedanigheid van leden van het Beheerscomité, waardoor aldus een nieuwe benoeming of een nieuw mandaat via koninklijk besluit wordt vermeden en de continuïteit tussen het FMO ION categorie B en het fonds, als nieuwe dienst van het RIZIV, wordt verzekerd.

In tegenstelling tot wat er voor de integratie van het FMO in het RIZIV bestond, beschikt het Beheerscomité nu in de wet (artikel 137, *quinquies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994) over een bepaling waarin zijn bevoegdheden duidelijk zijn gedefinieerd.

Het **Beheerscomité** van het FMO:

- beheert samen met de dienst en zijn directeur de in de voormelde wet van 31 maart 2010 bepaalde opdrachten
- stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op met betrekking tot de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, zoals vastgesteld in de voormelde wet van 31 maart 2010
- stelt het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de dienst voor
- verleent het Algemeen Comité advies over het jaarlijkse voorstel met betrekking tot de personeelsformatie van de dienst
- wordt door de directeur van de dienst geïnformeerd over de procedures voor overheidsopdrachten in het kader van de opdrachten van de dienst of van het beheer ervan en met name die opdrachten die de administrateur-generaal van het Instituut aan het Beheerscomité heeft gedelegeerd
- stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt dat ter goedkeuring voor aan de Koning.

Momenteel blijft het Beheerscomité nog met een systeem van werkgroepen (W.G.) werken dat op dezelfde manier functioneert als het systeem dat voor de Raad van bestuur bestond. In dat opzicht bestaat er een zeer duidelijke continuïteit tussen beide organen.

Naast de handelingen die het Beheerscomité in het kader van zijn hierboven opgesomde algemene bevoegdheden (punten 1 tot 6) verricht, moet het Beheerscomité ook andere belangrijke beslissingen nemen. Die beslissingen vallen bijgevolg duidelijk buiten het kader van zijn courante activiteiten, hoewel ze wel tot zijn bevoegdheden behoren.

Het Beheerscomité moet strategische of organisatorische beslissingen nemen. Het Beheerscomité kan ook aanbevelingen ter voorkoming van medische ongevallen doen.

Die strategische of organisatorische beslissingen hebben onder meer betrekking op:

- de goedkeuring door het Beheerscomité van de conclusies van de werkgroep juridische procedures betreffende het opstellen en gebruiken van de expertiseopdracht, de structuur van de definitieve adviezen die door het FMO zijn verleend, het opstellen en gebruiken van templates door de administratie, de validering van de BPM's (Business process model), Fase 1 en Fase 2, de beschrijving en interne procedures voor de administratie van het FMO, het gratis karakter van de procedure en van de vergoedbare schadeposten, de bekendmaking van de adviezen op de website van het FMO, de goedkeuring van het algoritme en van de indicatoren voor de definitie van het begrip "abnormale schade"
- richtlijnen van het Beheerscomité (juni 2017) om de achterstand weg te werken en de continue toevloed van dossiers te behandelen

#### Vergaderingen van het Beheerscomité en de werkgroep in 2017

Beheerscomité	Werkgroep juridische procedures
10-02-2017	10-02-2017
28-04-2017	28-04-2017
09-06-2017	09-06-2017
13-10-2017	13-10-2017
15-12-2017	15-12-2017

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen



Deel 3  
Administratieve  
structuur en team





# I. Organigram van het Fonds voor de Medische Ongevallen

Op 31 december 2017 zag de personeelssituatie van het Fonds voor de Medische Ongevallen er als volgt uit:

Tabel 1 - Kader van het personeel					
Q	Functie	Taalrol	Datum van indiensttreding	% tewerkstelling	Geslacht
1	Directeur		2015	100%	♀
1	Secretariaat	FR	2016	100%	♀
1	Secretariaat	NL	2012	80%	♀
1	Assistent scanning	NL	2013	100%	♀
1	Assistent scanning	FR	2015	100%	♀
1	Jurist-coördinator	FR	2010	100%	♂
1	Jurist-coördinator	NL	2010	100%	♀
1	Jurist	FR	2012	100%	♀
1	Jurist	FR	2014	100%	♀
1	Jurist	FR	2014	100%	♂
1	Jurist	FR	2014	100%	♀
1	Jurist	FR	2014	80%	♀
1	Jurist	NL	2013	100%	♀
1	Jurist	NL	2014	100%	♀
1	Jurist	NL	2014	100%	♀
1	Jurist	NL	2016	100%	♂
1	Jurist	NI	2016	100%	♀
1	Jurist	NI	2016	100%	♀
1	Jurist	NI	2016	100%	♂
1	Jurist	FR	2016	80%	♀
1	Junior geneesheer	NL	2013	100%	♀
1	Junior geneesheer	NL	2014	100%	♀
1	Junior geneesheer	NL	2015	100%	♂
1	Junior geneesheer	NL	2015	80%	♀
1	Junior geneesheer	NL	2015	100%	♀
1	Junior geneesheer	FR	2013	100%	♀
1	Junior geneesheer	FR	2013	100%	♀
1	Junior geneesheer	FR	2014	100%	♂
1	Junior geneesheer	FR	2014	80%	♀
1	Junior geneesheer	FR	07/2017	100%	♂

Tabel 1 - Kader van het personeel - vervolg					
Q	Functie	Taalrol	Datum van indiensttreding	% tewerkstelling	Geslacht
1	Dossierbeheerder	FR	2011	100%	♂
1	Dossierbeheerder	FR	2013	80%	♀
1	Dossierbeheerder	FR	2013	100%	♀
1	Dossierbeheerder	FR	2016	100%	♀
1	Dossierbeheerder	FR	2014	100%	♀
1	Dossierbeheerder	NL	2016	100%	♀
1	Dossierbeheerder	NL	2013	100%	♂
1	Dossierbeheerder	NL	2013	100%	♀
1	Dossierbeheerder	NL	2014	100%	♂
0,5	Economist	FR	2012		♂

Bron: RIZIV - Fonds voor Medische Ongevallen

Eind 2017 telde het FMO 38,5 medewerkers en waren er aanwervingsprocedures bezig voor één Franstalig jurist en één Franstalige arts.

Verlieten het FMO:

- twee Franstalige artsen
- één Franstalige jurist
- IT-medewerker (werd vervangen in de loop van 2017) - twee juristen

Langdurig onbeschikbaar :

- één secretariaatsmedewerker
- één dossierbeheerder
- twee juristen

Aanwervingen:

- één Nederlandstalige dossierbeheerder (april)
- één Franstalige arts (december)

In de zomer werden jobstudenten uit medische studierichtingen aangetrokken voor het voorbereiden van de inventarissen van de dossiers. Nadien werd dit werk overgenomen door interimmedewerkers.

Net zoals in het verleden heeft het FMO ook in 2017 beroep gedaan op externe medische en juridische experts. Het FMO heeft een beroep gedaan op medische experts om unilaterale en tegensprekelijke expertises uit te voeren, overeenkomstig artikel 17, §1 en §2 van de wet van 31 maart 2010. Deze expertises zijn noodzakelijk opdat het FMO uitvoerige adviezen kan uitbrengen over de oorzaken en omstandigheden van de medische ongevallen waarvan het in kennis wordt gesteld.

Het FMO heeft ook in 2017 geprobeerd om zijn netwerk van experts verder aan te vullen, enerzijds omdat de experts die in het kader van de in 2015 afgesloten overheidsopdrachten zijn aangetrokken, niet volstonden om de toevloed van ingediende aanvragen te verwerken, anderzijds omdat hun expertise niet altijd toereikend was. Op deze manier heeft men experts gevonden die in het kader van specifieke dienstverleningsovereenkomsten met het FMO willen samenwerken,

Eind 2016 werd ook een nieuwe overheidsopdracht gepubliceerd zowel voor medische als juridische experts. De inschrijvingen werden afgesloten op 6 januari 2017 en de gunning gebeurde mei 2017.

Behalve op medische experts heeft het FMO in 2017 ook beroep gedaan op juridische experts, enerzijds voor hulp bij het schrijven van adviezen en het berekenen van schadevergoedingen, maar anderzijds ook voor bijstand bij de lopende procedures voor de rechtbanken.

## II. Instrumenten

In 2017 heeft men verder gewerkt aan de ontwikkeling van een aantal belangrijke technologische projecten waartoe in 2013 de aanzet werd gegeven.

- het DAMO-project, acroniem voor “Dossier Accidents Medicaux-medische ongevallen”. Dit project beoogt de ontwikkeling en implementatie van een informaticatoepassing voor het beheer en de behandeling van gestructureerde en niet-gestructureerde gegevenstypes in de context van een dossier, waarin de toegang tot de gegevens beveiligd is. Deze toepassing werd eind 2016 partieel in productie genomen door de Key-users en op 1 april 2017 door alle medewerkers van het Fonds. Er werd geopteerd voor een one shot voor de migratie van de gegevens uit Genidoc, de digitale toepassing die eerder gebruikt werd. De toepassing is beperkt tot fase 1 en fase 2 van het proces.
- de technologie waarmee op een digitale en geïnformatiseerde manier inkomende en uitgaande schriftelijke boodschappen kunnen verstuurd worden vanuit en naar het elektronisch dossier (IOC-project);
- een systeem voor het beheer van de informatiebeveiliging. In het kader van dat programma zijn acties ondernomen ter verbetering van de opslag van medische gegevens, de voorbereiding van de precertificeringsaudits is lopend
- voor de berekening van een schadevergoeding wordt gebruik gemaakt van Repair een product van Kluwer
- voor de opvolging van de dossiers waarvoor een juridisch geschil loopt werde, gesprekken opgestart voor het gebruik van Eunom-e een gemeenschappelijk platform voor het beheer van de geschillen van heel het RIZIV

## Deel 4

Activiteitenstatistieken  
m.b.t. de “opdrachten”  
voor de geanalyseerde  
periode en toelichtingen



In dit deel worden de activiteitenstatistieken voor de “opdrachten” voorgesteld. Aangezien het FMO sinds 1 september 2012 actief is, is het interessant om een aantal tendensen te belichten. Eerst zullen de statistieken van het callcenter worden besproken. Daaruit kan immers worden afgeleid of het aantal oproepen daalt, dan wel of het publiek een beroep blijft doen op het callcenter. Daarna zullen de activiteitenstatistieken worden voorgesteld om algemene informatie te verschaffen over de dossiers en hun follow-up in het FMO. In verband met de activiteitenstatistieken zullen we telkens de in 2017 verzamelde gegevens vergeleken worden met hun evolutie sinds de lancering van het Fonds op 1 september 2012.

## I. Statistieken callcenter

De statistieken in onderstaande tabel hebben betrekking op het jaar 2017. Er wordt een overzicht gegeven van het totale aantal oproepen per maand en van het aantal oproepen die binnen 30 seconden werden beantwoord (service level), het aandeel Franstalige en Nederlandstalige oproepen of nog de ‘abandon rate’ die overeenstemt met het percentage oproepen waarbij de beller uiteindelijk heeft ingehaakt alvorens hij door een operator te woord werd gestaan.

Tabel 2 - Statistieken call center												
2017	Maand											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Gemiddelde oproepen per dag	7	5	5	5	4	3	3	5	3	2	3	2
Aantal oproepen per maand	162	109	110	108	84	60	61	83	68	51	62	38
Cumul 2017	162	271	381	489	573	633	694	777	845	896	958	996
SLA (%)	85%	83%	81%	65%	97%	96%	80%	79%	63%	64%	53%	80%
Abandon (%)	8%	7%	2%	4%	2%	0%	9%	6%	15%	8%	20%	8%
FAQ (%)	87%	92%	91%	73%	92%	94%	88%	90%	88%	93%	86%	94%
Oproepen FR (%)	56%	51%	48%	53%	49%	59%	61%	47%	37%	57%	52%	59%
Oproepen NL (%)	44%	49%	52%	47%	51%	41%	39%	53%	63%	43%	48%	41%

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

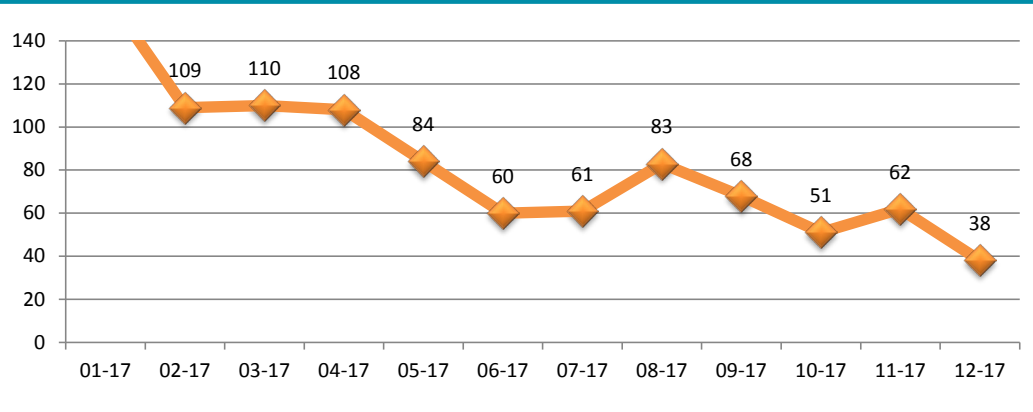
De belangrijkste informatie in deze tabel betreft het aantal oproepen en de taalkundige verdeling van de oproepen.

In 2017 waren er 996 oproepen, gemiddeld per maand 79. Ongeveer 60% van deze oproepen gebeurden in het Frans, ruim 40 % in het Nederlands.

Sinds 2015 tot heden lijkt het aantal oproepen ontvangen door het call center relatief constant, en lager dan in de voorgaande jaren.

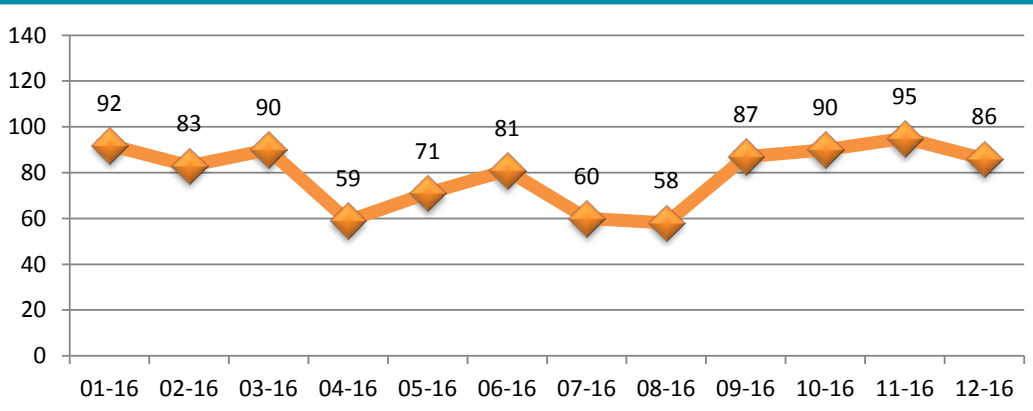
De trend van de voorbijgaande jaren waarbij er tijdens de zomermaanden minder oproepen waren kon niet worden bevestigd.

**Grafiek 1 - Aantal oproepen per maand in 2017**



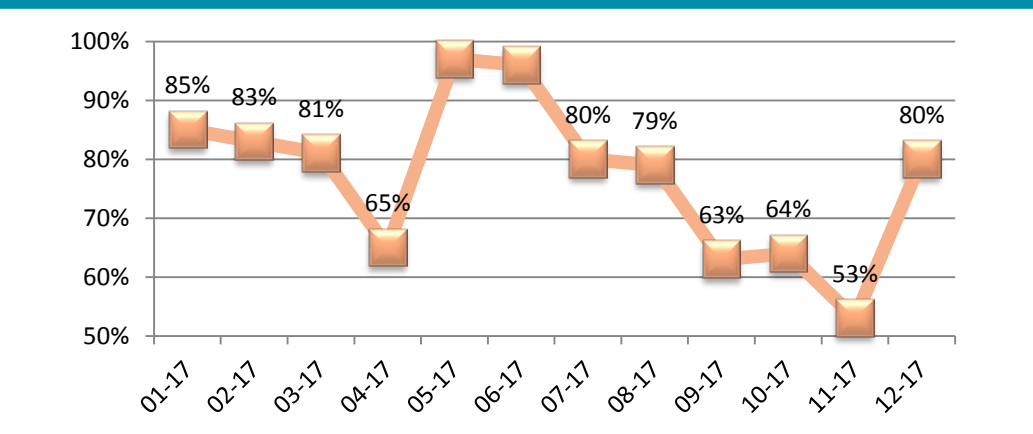
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

**Grafiek 2 - Aantal oproepen per maand in 2016**

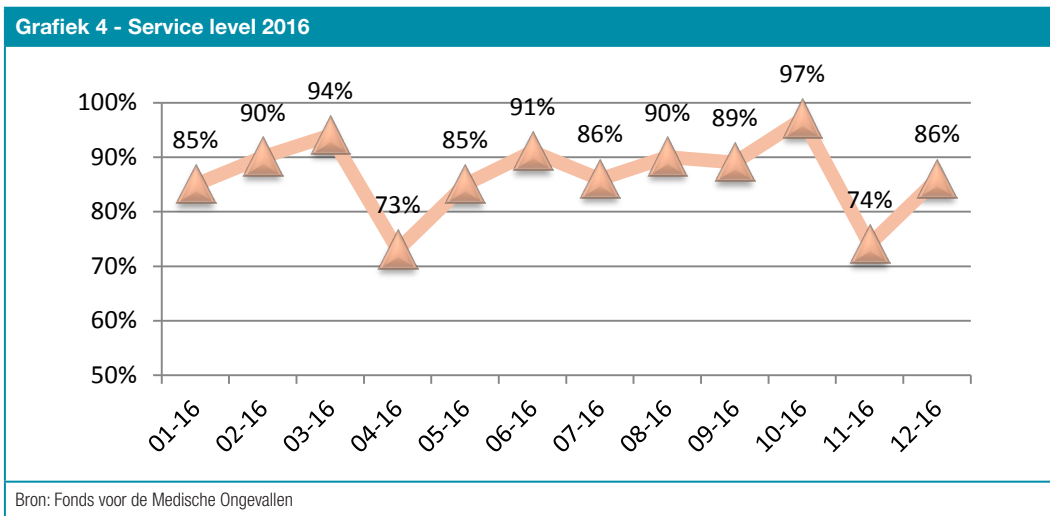


Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

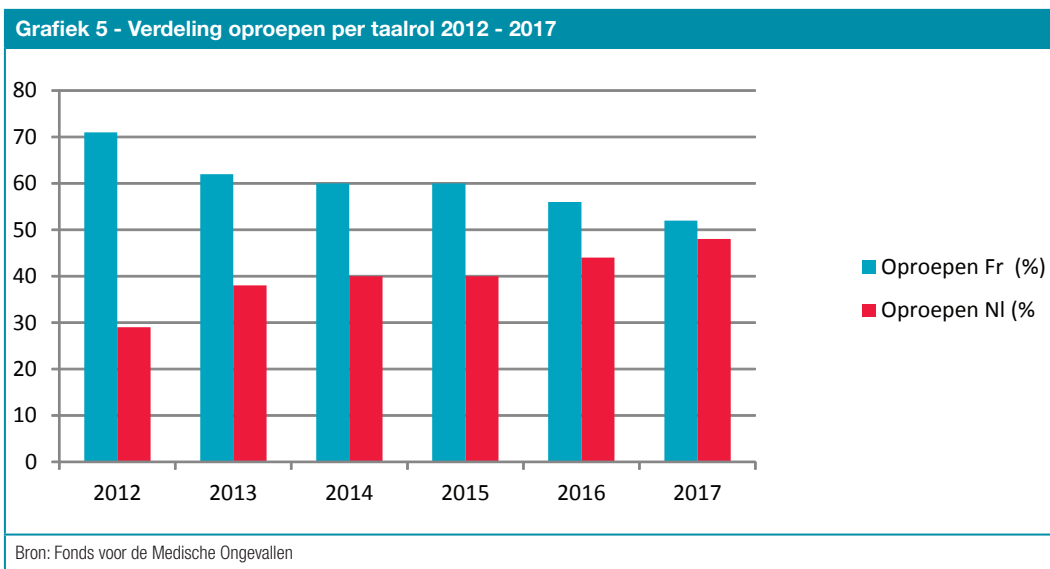
**Grafiek 3 - Service level 2017**



Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen



In onderstaande tabel wordt deze verdeling schematisch voorgesteld.



Ten slotte vindt het FMO het belangrijk om te weten welke vragen de burger over zijn dienstverlening heeft. Daarom is een FAQ-lijst aangemaakt met de bedoeling de bevolking beter te informeren en het aantal oproepen in verband met die vragen te verminderen. Hieronder volgt de lijst met FAQ's sinds augustus 2012 op basis waarvan de FAQ-rate van bovenstaande tabel is bepaald.

Het gemiddelde van 89% betekent gewoonweg dat in 89% van de oproepen naar het callcenter ten minste een van de onderstaande vragen aan bod kwam. Dat percentage is min of meer gelijk sinds 2013.

#### Frequently Asked Questions

Datum van de tegemoetkoming ten opzichte van de indiening van een dossier?  
 Aanvraag verzending formulier via de post?  
 Dossier ontvankelijk?  
 Hoe het dossier overdragen?  
 Mag ik voor x een dossier indienen?  
 Ik heb een brief van het FMO ontvangen, wat moet ik doen?  
 Naast elkaar bestaande procedures (FMO + justitie)?  
 Kunt u me vertellen hoe ver het staat met de behandeling van mijn dossier?

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Er moet ook worden opgemerkt dat naast dit overzicht van de FAQ's aan het callcenter, een reeks mogelijke FAQ's worden beantwoord op de website van het FMO en dat zij regelmatig worden aangevuld met antwoorden op de FAQ's van het callcenter.

## II. Activiteitenstatistieken - Opdrachten

Voor de eerste keer wordt voor dit verslag gebruik gemaakt van de rapportering in DAMO. Hierdoor zijn sommige gegevens niet meer beschikbaar in de vorm zoals zij in het verleden werden gerapporteerd.

Hieronder worden de statistieken over de activiteiten van het FMO in de periode januari 2017 tot december 2017 besproken. In een eerste deel worden de gegevens van 2017 uitgelegd. In een tweede deel worden deze gegevens vergeleken met de cijfers van de voorgaande jaren, waar mogelijk en indien relevant sinds de oprichting van het FMO in 2010.

De informatie hieronder heeft voornamelijk betrekking op algemene statistieken over de dossiers die in voornoemde periode zijn ingediend en verwerkt. Er worden onder andere cijfers verstrekt over de taalkundige en geografische verdeling, de plaats van het ongeval of nog het aantal ingediende en reeds gesloten dossiers. Naast die algemene statistieken wordt ook informatie meegedeeld over de twee grote behandelingsfasen van de dossiers, onder meer over de ontvankelijkheid ervan. Tot slot analyseren we de termijn tussen het openen van een dossier en de stand van zaken ervan op 31.12.2017, om die met de in de wet vastgestelde richttermijn te vergelijken en een beeld te krijgen van het "beheer van de stock" aan ingediende dossiers.



## 1. Open, gesloten en heropende dossiers en taalkundige verdeling

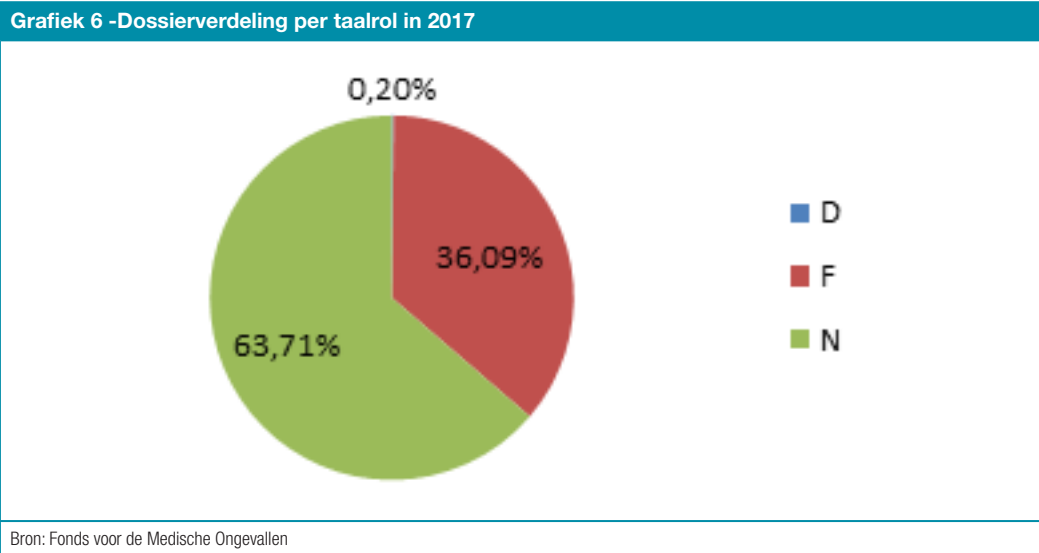
Voorafgaande opmerking : “let op sinds het gebruik van DAMO wordt rekening gehouden met dossier ingebracht in het systeem voor 31.12.2017. In het verleden werden dossiers binnengekomen in het FMO met postdatum 2017 geregistreerd in 2017.”

Hieronder vindt u de taalkundige verdeling van de dossiers en hun status, enerzijds voor het jaar 2017 alleen en anderzijds voor de hele periode sinds de oprichting van het FMO.

Voor de dossiers geregistreerd in 2017 ziet de situatie er als volgt uit:

Tabel 3 - Dossiersverdeling per taalrol in 2017				
Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	FR	NL	
Gesloten	0	11	23	34
Open	1	170	300	471
Heropend	0	2	0	2
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>183</b>	<b>323</b>	<b>507</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

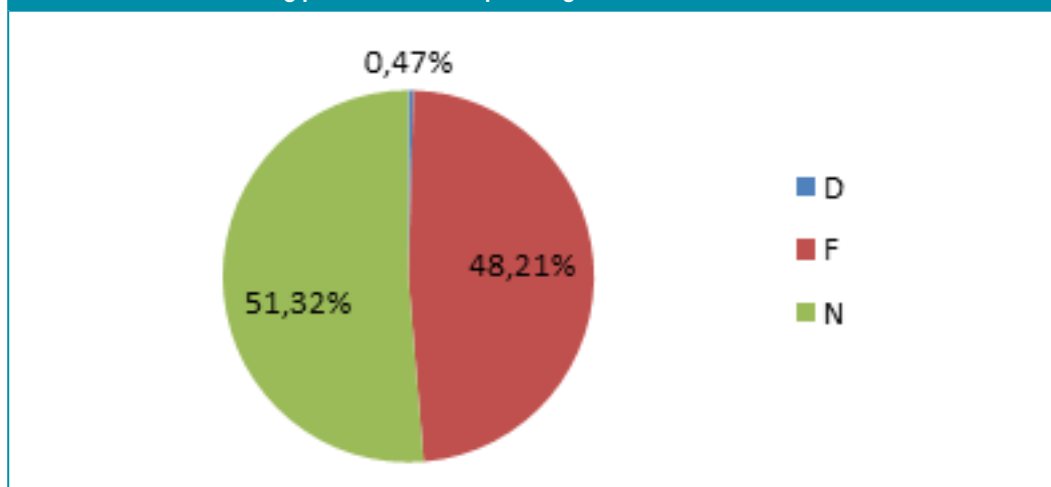


Tabel 4 - Dossiersverdeling per taalrol sinds oprichting Fonds

Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	F	N	
Gesloten	1	661	1.013	1.675
Open	19	1.363	1.142	2.524
Heropend	0	36	38	74
<b>Totaal</b>	<b>20</b>	<b>2060</b>	<b>2193</b>	<b>4.273</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Grafiek 7 -Dossiersverdeling per taalrol sinds oprichting van het Fonds



Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Uit voorafgaande tabel blijkt dat, in 2017, 507 dossiers bij het FMO zijn geregistreerd, let op zoals in de inleiding vermeld werd is er een verschil met de cijfers uit het verleden.

In 2017 is 63 % van de aanvragen Nederlandstalig 36% Franstalig. In 2017 was er 1 Duitstalig dossier. Dit is een opvallende verschuiving in 2016 en 2015 destijds waren er ongeveer evenveel Franstalige als Nederlandstalige dossiers.

Voor alle dossiers ingediend sinds de oprichting van het FMO is de verhouding Nederlandstalige/ Franstalige dossiers 51,3% Nederlandstalige, 48,2% Franstalige en 0.5% Duitstalige dossiers.

Alvorens de cijfers over de statussen van de dossiers toe te lichten, moet eerst kort worden uitgelegd wat wordt verstaan onder een open, een gesloten en een heropend dossier.

Een open dossier is een dossier dat bij het FMO is ingediend en er nog altijd in onderzoek is. Het kan zich dus in fase 1 (bepaling van de ontvankelijkheid), fase 2 (ontvangen en opvragen van documenten, juridisch en medisch onderzoek, expertise...) of in fase 3 bevinden (berekenen en/of uitkeren van een vergoeding, onderzoek van een vergoeding door de aansprakelijkheid in geval van aansprakelijkheid boven de ernstgraad).

Een gesloten dossier daarentegen is een dossier dat niet meer wordt behandeld, en dit om verschillende redenen: het heeft aanleiding gegeven tot een vergoeding die door alle partijen is aanvaard, het is administratief onontvankelijk verklaard, enz.

Een dossier kan, evenwel uitzonderlijk, heropend worden wanneer nieuwe gegevens, die onbekend waren op het ogenblik dat het dossier werd gesloten, opduiken en moeten worden onderzocht. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer een dossier dat is gesloten omdat de vereiste documenten niet binnen de opgelegde termijn waren aangekomen, later vervolledigd wordt en nader onderzoek nodig is.

Analyse van de aanvragen anno 2017 op basis van deze begrippen laat toe te stellen dat de meeste dossiers die in 2017 zijn ingediend momenteel nog altijd open staan. 7% van de dossiers is gesloten slechts 2 van deze dossiers werden heropend. 93% van de dossiers ingediend in 2017 is dus nog in behandeling.

Voor alle dossiers, ingediend sinds de oprichting van het Fonds ziet de situatie eruit als volgt: 39% van de dossiers is afgesloten, 59% is nog open en ruim 1% van de dossiers is heropend. De meeste dossiers bevinden zich dus nog in een actieve fase, er is wel een duidelijke vermindering (10%) in vergelijking met 2016.

Per taalrol is er een licht verschil in deze verhoudingen op te merken, eind 2017 was 32% van de Franstalige dossiers gesloten en 46% van de Nederlandstalige dossiers, voor beide taalrollen is 1.7% van de dossiers heropend. 66% van de Franstalige dossiers is dus nog in een actieve fase naast 52% van de Nederlandstalige dossiers.

**Tabel 5 - Aantal ontvangen dossiers per maand**

Jaar	Maand												Totaal
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					2		1		2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	70	1.095
2014	115	80	73	76	70	89	84	58	61	82	71	65	924
2015	66	59	56	63	56	67	47	46	53	37	48	35	633
2016	61	59	54	61	43	47	51	49	50	48	39	42	604
2017	55	47	37	16	79	28	35	31	48	45	56	30	507
<b>TOTAAL</b>	<b>454</b>	<b>347</b>	<b>345</b>	<b>316</b>	<b>329</b>	<b>332</b>	<b>286</b>	<b>268</b>	<b>441</b>	<b>421</b>	<b>417</b>	<b>317</b>	<b>4.273</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Eind 2017 blijken er 4273 dossiers bij het FMO te zijn ingediend, waarvan 507 in 2017, 596 in 2016, 632 in 2015, 926 in 2014, 1102 in 2013, 465 in 2012, 36 in 2011 en 11 in 2010. Het lijkt erop dat het aantal aanvragen bij het Fonds in 2015 en 2016 en 2017 vergelijkbaar is en zich stabiliseert rond de 50 aanvragen per maand of 600 aanvragen per jaar. De neerwaartse trend die sinds 2014 werd ingezet, zet zich dus blijkbaar niet verder.(\*)

(\*)Er dient opgemerkt te worden dat de dossier waarvoor een geschil bestaat niet werden opgenomen bij de voltooide dossiers alhoewel het Fonds voor deze dossiers een advies heeft geformuleerd.

Deze geschillen gaan zowel over dossiers waarin het Fonds naar de rechtbank ging voor het terugvorderen van een uitbetaalde schadevergoeding in het geval van een gecontesteerde aansprakelijkheid als dossiers waarin het Fonds zelf gedagvaard werd. Wanneer deze dossiers bij de voltooide dossiers worden geteld kan het percentage voltooide dossiers naar boven worden bijgesteld.

**Tabel 6 - Status van de dossiers per jaar waarin het dossier werd ingediend**

Jaar	Statuut			
	Gesloten	Open	Totaal	% gesloten
2010	11	0	11	100%
2011	35	1	36	89%
2012	406	57	463	79%
2013	780	315	1.095	69%
2014	340	584	924	36%
2015	82	551	633	13%
2016	59	545	604	10%
2017	36	471	507	7%
<b>TOTAAL</b>	<b>1.749</b>	<b>2.524</b>	<b>4.273</b>	<b>41%</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

De tabel hierboven (laatste kolom) geeft met name het percentage gesloten dossiers per jaar van indiening weer.

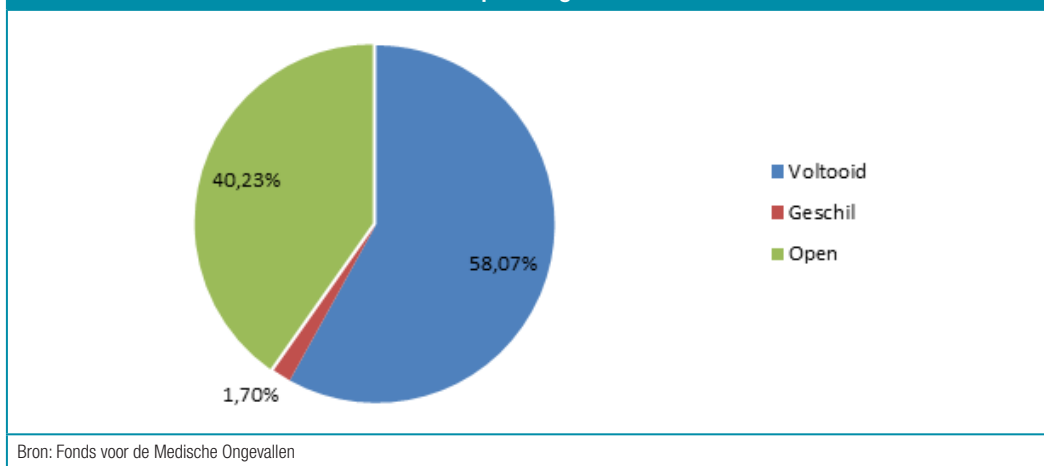
Ongeveer 7% van de dossiers ingediend in 2017 kon afgewerkt worden in 2017. Het percentage voltooide dossiers op het totale aantal en over de hele behandelingsperiode bedraagt ongeveer 39 %, maar met een neerwaartse trend volgens het jaar van indiening. Hoe ouder, hoe groter het percentage afgehandelde dossiers.

In vergelijking met dezelfde periode een jaar eerder stellen we een stijging van het percentage gesloten dossiers vast, van 100% voor dossiers ingediend in 2010, 89% voor dossiers ingediend in 2011, 79% in 2012 en 69% in 2013 en 36% in 2014, 13% in 2015, 10% 2016 en 7% van de dossiers gesloten. Dit is in overeenstemming met de first in/first out aanpak van de dossiers.

Het is in ieder geval duidelijk dat de overgrote meerderheid van de dossiers nog in behandeling is. Er is een grote en gecumuleerde achterstand ten opzichte van de in de wetgeving vastgestelde richttermijnen.

Aan de hand van deze tabel kunnen we, in tegenstelling tot het sluitingspercentage, stellen dat van de 4273 dossiers die sinds de start van het FMO tot eind 2017 bij het Fonds zijn ingediend, 2524 dossiers, ofwel ongeveer 59% van de ingediende dossiers, nog altijd open staan en dus niet voltooid zijn (of dat nu op basis van een advies over de aansprakelijkheid of de vergoeding is of om andere redenen – onontvankelijkheid, stopzetting van de procedure, enz.).

Grafiek 8 - Status van alle dossiers sinds de oprichting van het Fonds



## 2. Verdeling van de dossiers per fase

Nu het aantal voltooide, open en heropende dossiers bekend is, is het interessant om na te gaan hoe de open en voltooide dossiers over de verschillende fases van de procedure zijn verdeeld. Net als in het vorige punt is het nuttig om kort uit te leggen wat die fases inhouden alvorens over te gaan tot de bespreking van de resultaten.

Fase 1 is de initiële fase in de behandeling van de dossiers. In deze fase openen de dossierbeheerders het dossier en verzamelen ze alle documenten die ze nodig hebben om te bepalen of het vanuit administratief oogpunt ontvankelijk is. Het gaat dus om een administratieve fase die begint met de ontvangst van de adviesaanvraag van het slachtoffer of zijn rechthebbenden en die eindigt wanneer de administratieve ontvankelijkheid van het dossier is vastgesteld. Op dat ogenblik is het dossier ofwel administratief onontvankelijk en wordt het gesloten, ofwel is het administratief ontvankelijk en dan wordt fase 2 van de behandeling ingezet.

Fase 2 is ongetwijfeld de belangrijkste fase van de procedure omdat het de fase is met de medische en juridische onderzoeken op basis waarvan het FMO een advies kan uitbrengen over de aansprakelijkheid en over het recht op vergoeding. Die tweede fase loopt af zodra het FMO zijn advies heeft geformuleerd. Daarna begint de derde fase.

Fase 3 is de fase waarin in voorkomend geval een advies wordt uitgebracht over het voorstel tot vergoeding vanwege de aansprakelijke van de schade of waarin het FMO een voorstel tot vergoeding formuleert. Deze fase kan dus zeer lang duren wanneer er geopteerd wordt voor een (levenlange) rente.

Tabel 7 - Verdeling per fase van de geopende dossiers

Jaar	Fases						
	Fase 1 Initieel	Fase 2 Onderzoek	Fase 3 Voorstel	Algemeen totaal	% Fase 1	% Fase 2	% Fase 3
2010	0	0	0	0	-	-	-
2011	0	0	1	1	0,0%	0,0%	100,0%
2012	0	37	20	57	0,0%	64,9%	35,1%
2013	0	277	38	315	0,0%	87,9%	12,1%
2014	3	564	17	584	0,5%	96,6%	2,9%
2015	7	542	2	551	1,3%	98,4%	0,4%
2016	18	525	2	545	3,3%	96,3%	0,4%
2017	122	348	1	471	25,9%	73,9%	0,2%
<b>TOTAAL</b>	<b>150</b>	<b>2.293</b>	<b>81</b>	<b>2.524</b>	<b>5,9%</b>	<b>90,9%</b>	<b>3,2%</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

In bovenstaande tabel is te zien dat gemiddeld bijna 91% van alle dossiers die tot eind 2017 zijn ingediend en die niet zijn voltooid, zich momenteel in de tweede fase bevindt. Dit is een logische verdeling gezien de tweede fase de fase is die bij uitstek het langst duurt. Oudere dossiers, uit 2010, 2011, 2012 en 2013 bevinden zich vaker in fase 3. Het verloop van een dossier in fase 3 is zeer variabel, kan beperkt zijn in de tijd wanneer het ongeval vergoed wordt met een kapitaal, maar kan zeer lang aanslepen wanneer gekozen wordt voor een vergoeding met een (levenslange) rente, in de toekomst zullen deze dossiers als afgesloten beschouwd worden of het advies (einde fase 2) gevolgd wordt door een procedure voor de rechtbank.

Wat de reeds aangehaalde problemen van de behandelingsachterstand betreft, is het belangrijk om vast te stellen dat de meeste dossiers ingediend tot en met 2017 zich nu in de tweede behandelingsfase (90,9%) bevinden. Het team van het Fonds stelt alles in het werk om die achterstand in te halen. Wat 2017 betreft, moet worden gepreciseerd dat de 122 dossiers (24%) die zich nog in fase 1 bevinden, voornamelijk dossiers van het vierde kwartaal van 2017 zijn. Het team probeert en slaagt er dus in om fase 1 zonder een al te grote vertraging af te handelen, behalve bij een complex dossier of onvolledig dossier, en de dossiers zo snel mogelijk in de 2e fase te krijgen.

Voor de oude dossiers wordt nog steeds het principe first in first out, maar medio 2017 werden maatregelen genomen om enerzijds ernstige dossiers prioritair te behandelen en eenvoudige dossiers waarin vermoed wordt dat de ernstgraad niet bereikt werd en het Fonds dus geen schadevergoeding zal betalen op een vereenvoudigde manier af te werken.

Ondanks de inspanningen van het team en de samenwerking met externe experts loopt de behandeling van de dossiers vooral in fase 2 een zekere – tot zelfs grote – achterstand op in vergelijking met de richttermijn van 6 maanden die in de wetgeving is vastgesteld.

Voor de dossiers met status open is de behandelingsduur des te langer naarmate het dossier eerder werd ingediend. Onderstaande tabel geeft dus enkel de looptijd van een dossier sinds het toekwam bij het FMO, dit is geenszins de duurtijd van een expertise of andere fase.

Tabel 8 - Gemiddelde behandelingstermijn van de geopende dossiers		
Jaar	Termijn	Aantal dossiers
2011	1945	1
2012	1895	57
2013	1617	315
2014	1254	584
2015	916	551
2016	552	545
2017	181	471

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

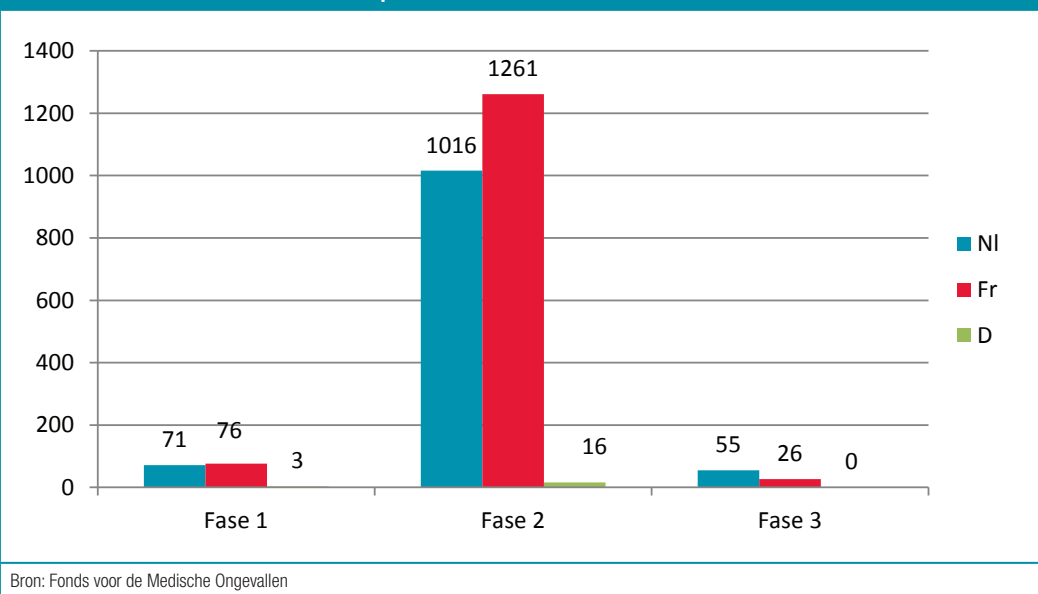
We kunnen hier niet spreken van een echte behandelingstermijn aangezien we enkel de dossiers analyseren die op 31.12.2017 nog openstaan. Bovendien omvat de termijn ook niet-actieve wacht-fases alvorens naar een andere subfase, voornamelijk van fase 2, over te gaan. Die wachttijden kunnen worden verklaard door het feit dat er te weinig capaciteit is om het grote aantal dossiers naar een volgende subfase in de behandeling over te brengen.

Die achterstand heeft meerdere, cumulatieve oorzaken:

- het Masterplan, goedgekeurd mei 2014, is nog steeds niet volledig ingevuld, eind 2017, ondanks bijkomende aanwervingen
- het opstarten van externe medische expertises verloopt traag enerzijds door gebrek aan mankracht bij de dossierbeheerders, maar ook het gebrek aan geschikte en beschikbare externe experts. Daarenboven komt het vaak voor dat de expertises door externe experts langer duren dan voorzien in de wet
- de gecumuleerde achterstand van de voorbije jaren en een blijvende continue toestroom van nieuwe dossiers leidt momenteel tot een verzadiging in verschillende fasen van de procedure
- de dossiers lijken over het algemeen een aanzienlijke ernstgraad te vertonen, waardoor de analyse en expertise langer duren dan gepland
- de ervaring leerde ook dat vele expertises moeten uitgebreid worden wanneer blijkt dat meerdere en/of andere zorgverstrekkers betrokken zijn en mogelijk aansprakelijk kunnen gesteld worden
- het team is nog niet volledig en 100 % operationeel. Voor veel medewerkers (beheerders, juristen of artsen) gaat het om een eerste of recente ervaring in dit domein. Veel energie gaat dan ook naar de opleiding en de begeleiding van de nieuwe medewerkers.
- meerdere medewerkers bleken langdurig inactief (ziekte, loopbaanonderbreking)

De grafieken hieronder tonen de voortgang in de drie fasen van de in 2017 ingediende dossiers enerzijds en sinds de start van het FMO in september 2012 anderzijds. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen Franstalige, Nederlandstalige en Duitstalige dossiers.

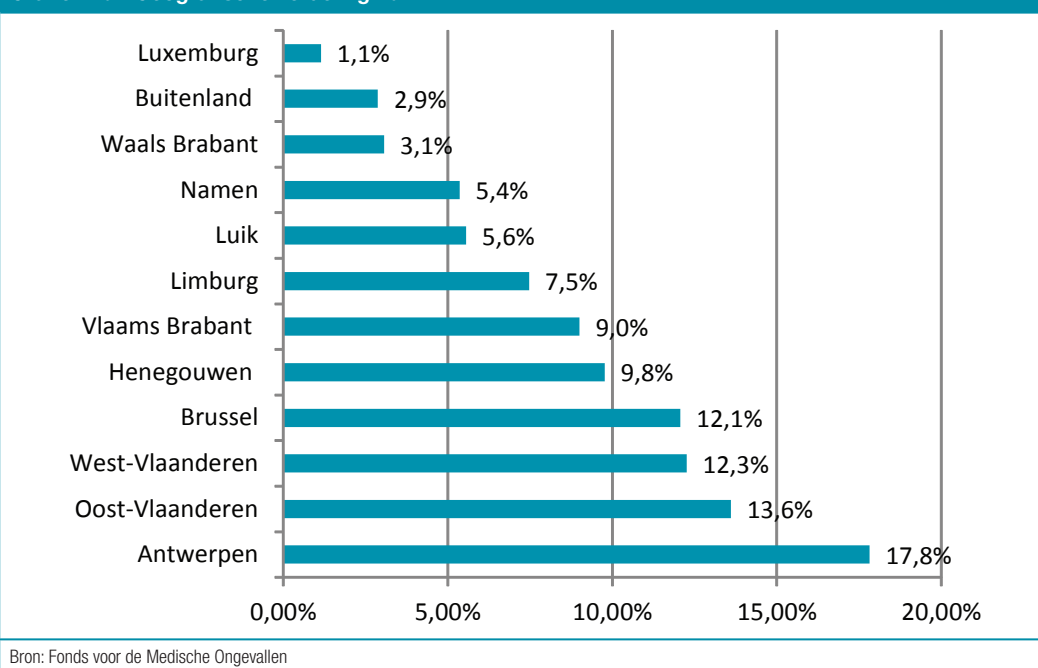
Grafiek 9 - Stand van zaken sinds september 2012



### 3. Geografische verdeling van de dossiers

In verband met de geografische verdeling is het belangrijk erop te wijzen dat de dossiers verdeeld zijn volgens de woonplaats van de aanvrager en niet op basis van de plaats waar het schadegeval zich heeft voorgedaan. Het FMO beschikt momenteel niet over gestructureerde gegevens van de plaats waar het medisch ongeval gebeurde.

Grafiek 10 - Geografische verdeling 2017

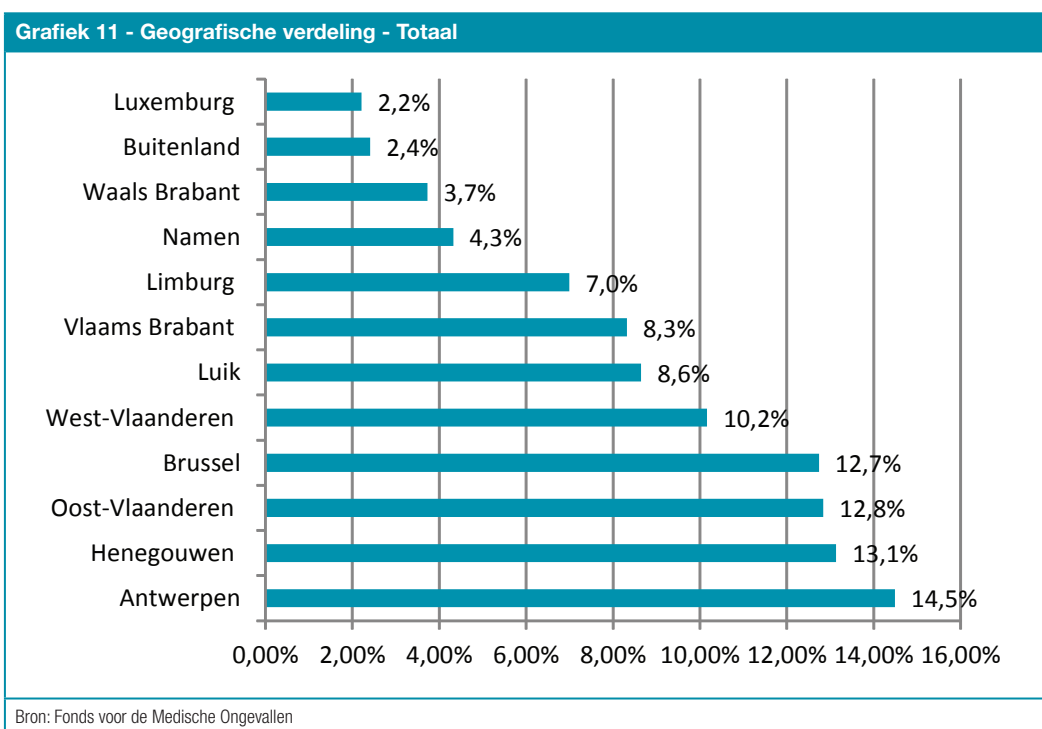




In bovenstaande grafiek valt op dat 17,8% van de aanvragen 2017 uit de provincie Antwerpen komen, gevolgd door de provincie Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk gewest.

Op gewestelijk vlak zien we dat 25% van de dossiers wordt ingediend door personen die in het Waals Gewest wonen, 12% van de dossiers door personen die uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest afkomstig zijn en 60% van de dossiers door personen uit het Vlaams Gewest, een kleine 3% komt van de aanvragers woont in het buitenland.

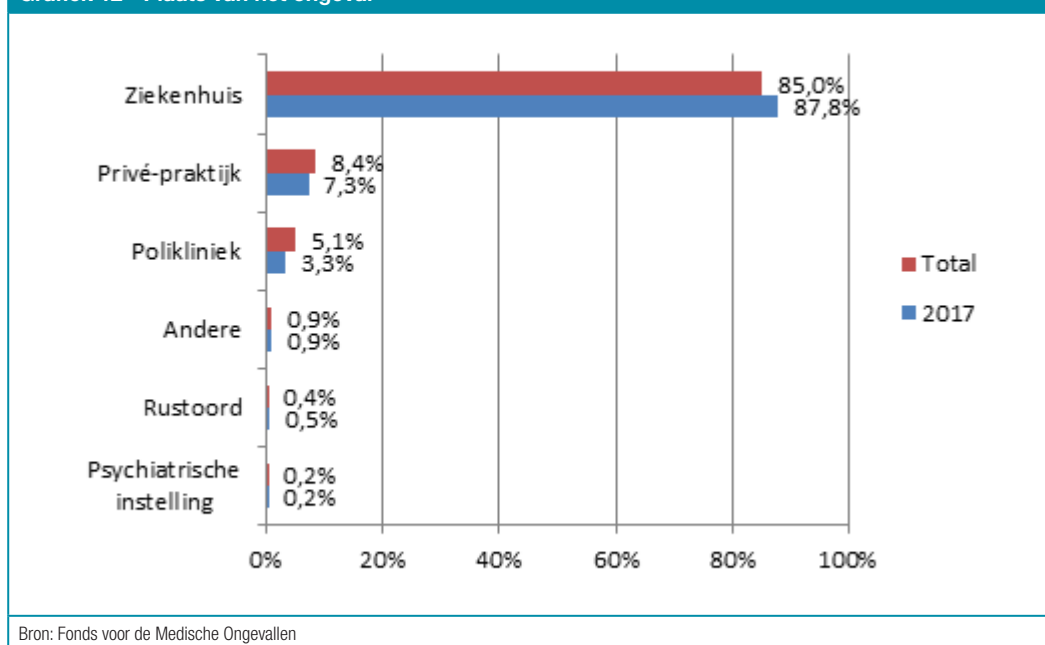
In vergelijking met de woonplaats van de aanvragers zijn er geen substantiële verschillen tussen 2017 en het geheel van de aanvragen sinds de oprichting van het Fonds.



#### 4. Verdeling van de dossiers volgens plaats (type) van de geneeskundige verstrekking die verband houdt met het aangegeven medisch ongeval

De volgende statistiek betreft de plaats van de geneeskundige verstrekking die volgens de aangifte van de aanvrager verband houdt met het medisch ongeval. Op die manier krijgt men een duidelijk beeld van de spreiding van de ongevallen over de verschillende plaatsen waar geneeskundige verstrekkingen kunnen worden verleend. Er moet worden gepreciseerd dat de plaatsvermelding wordt gebaseerd op de informatie uit de ingediende aanvraag. Het gaat niet met zekerheid om de plaats waar de schade ook werkelijk is opgelopen, dat kan ook ergens anders zijn. Het is immers mogelijk dat het slachtoffer verklaart dat de schade volgens hem het gevolg is van bijvoorbeeld een in het ziekenhuis uitgevoerde verstrekking maar dat na analyse door het FMO wordt vastgesteld dat de verstrekking die de schade heeft veroorzaakt elders is uitgevoerd, in een privépraktijk of in een rusthuis.

Grafiek 12 - Plaats van het ongeval

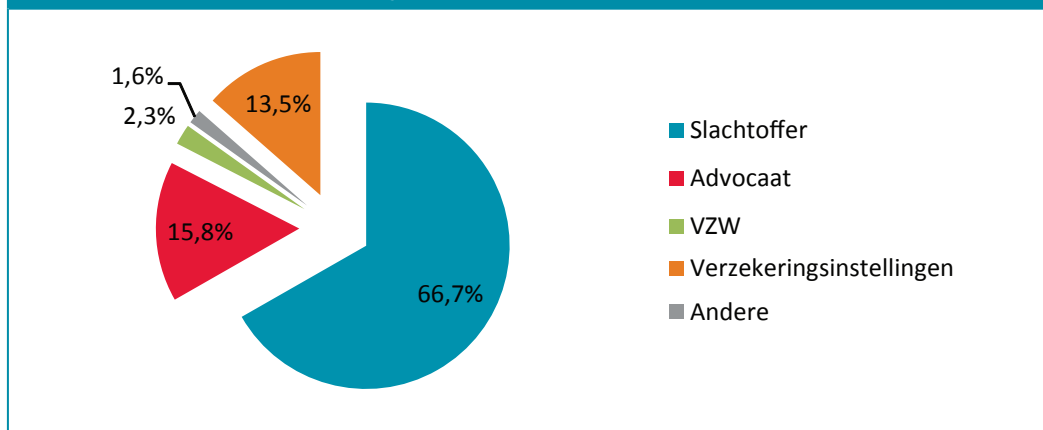


De meest voorkomende plaats voor een geneeskundige verstrekking is het ziekenhuis. Meer dan acht op tien ongevallen doen zich immers daar voor, ofwel tijdens een opname ofwel bij de toediening van ambulante verzorging in het ziekenhuis. Ver achter de ziekenhuizen vinden we in de rangschikking de privépraktijken met ongeveer 8% van de schadegevallen. Ongevallen op andere plaatsen blijven een minderheid.

## 5. Verdeling van de dossiers per indiener van de aanvraag

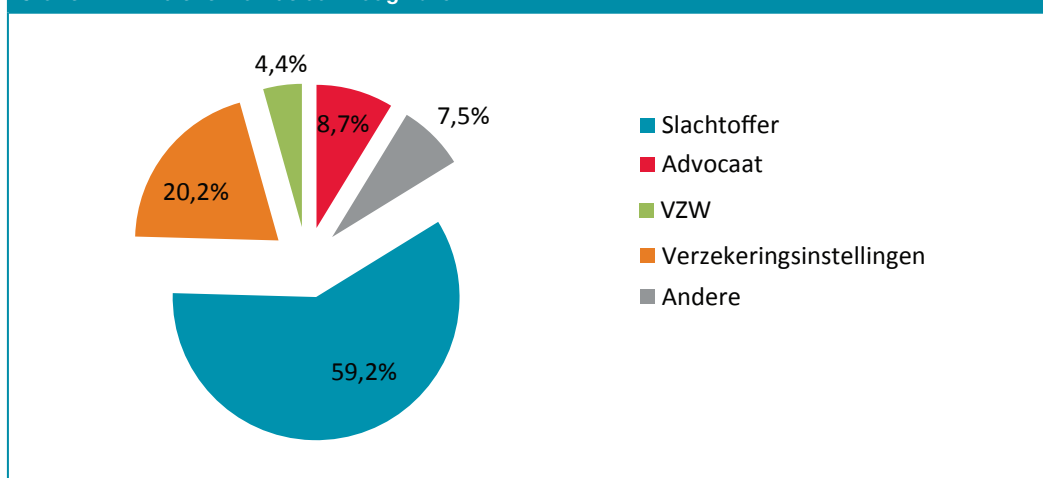
De verdeling van de dossiers volgens de indiener van de aanvraag kan onbeduidend lijken omdat men ervan uitgaat dat het slachtoffer zelf de aanvraag rechtstreeks indient. Hoewel de meeste dossiers (66,7%) inderdaad door het slachtoffer worden ingediend, is dat niet altijd het geval. Zoals in onderstaande grafiek wordt aangegeven, gebeurt het dat het slachtoffer zich laat bijstaan bij het indienen van een dossier. Voor 2017 werd in 13,5% van de dossiers geopteerd voor bijstand vanuit een verzekeringsinstelling, 15,8% van de indieners werd bijgestaan door een advocaat. Slechts 2,3% deed beroep op de diensten van een vzw. In 2017 werden er minder dossiers, en nog minder dan in 2016 ingediend met een verzekeringsinstelling als mandataris, het aandeel van dossiers ingediend met behulp van een vzw is sterk verminderd.

Grafiek 13 - Indiener van de aanvraag 2017



Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Grafiek 14 - Indiener van de aanvraag 2016



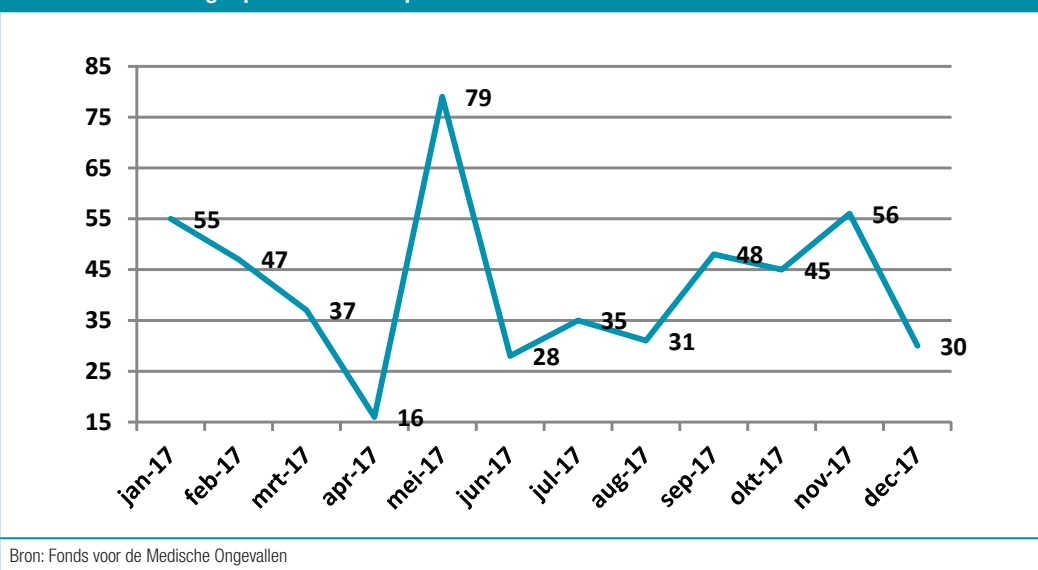
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

In het aandeel “andere” zijn de aanvragen ingediend door de rechthebbenden, de wettelijke vertegenwoordigers of allerhande gemachtigden. Het aandeel van deze ‘andere’ is eveneens sterk afgenomen.

## 6. Verdeling van het aantal ingediende en geopende dossiers per maand

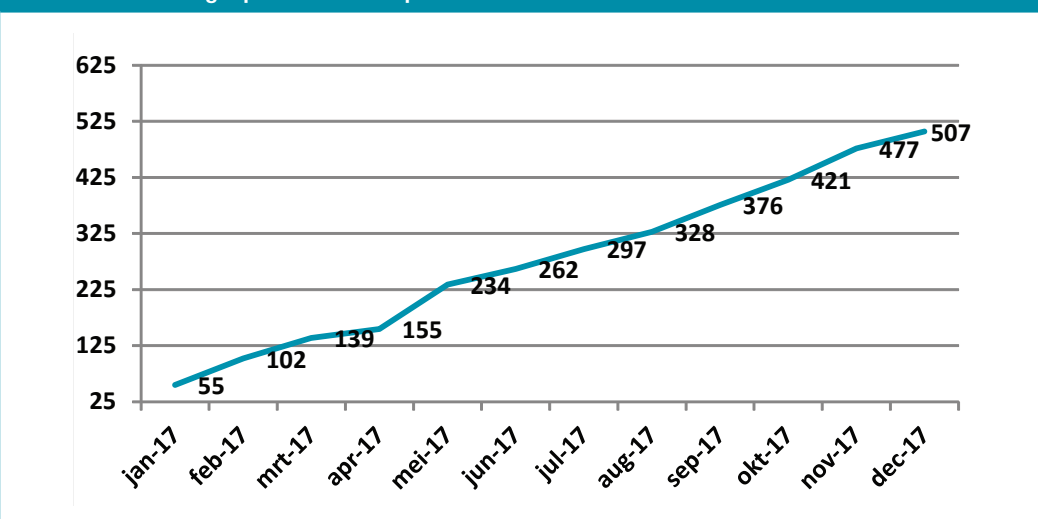
Op basis van de gegevens betreffende het aantal ingediende dossiers per maand kunnen we onder andere nagaan of het aantal dossiers permanent stijgt, of er kalmere of drukke periodes zijn, en of er sprake is van een opstarteffect of een kruissnelheid.

Grafiek 15 - Aantal geopende dossiers per maand 2017



Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Grafiek 16 - Aantal geopende dossiers per maand - Cumul



Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

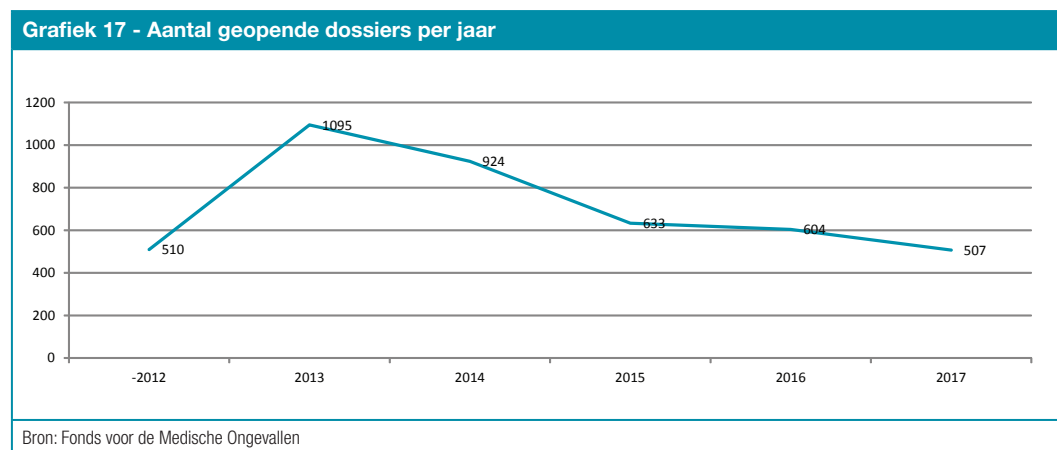
Uit de analyse van de tabel en de vorige grafieken kunnen we meerdere zaken afleiden over het aantal ingediende dossiers.

Als we de grafiek van het aantal gecumuleerde dossiers bekijken, merken we om te beginnen een zeer constante toename op over heel 2017. We zien immers een praktisch rechte lijn die aantoont dat de toevloed van dossiers vrij stabiel en continu is, met een gemiddelde van ongeveer 50 dossiers per maand.

Als we de cijfers per maand analyseren, stellen we vast dat er verschillen zijn per maand, maar deze verschillen zijn mogelijks te wijten aan enige vertraging omwille van afwezigheid van een personeelslid en de ingebruikname van DAMO. Immers wordt er niet meer geregistreerd op datum poststempel maar wel op datum dat het dossier wordt aangemaakt in het systeem.

Als we die cijfers tot slot met de vorige jaren vergelijken, stellen we vast dat er in 2017 ongeveer evenveel dossiers werden ingediend als in 2016 en 2015, en beduidend minder dan in de voorgaande jaren. Terwijl in 2012 en 2013 elke maand meer dan 90 nieuwe dossiers werden ingediend, is dat teruggevallen tot 76 in 2014 en tot ongeveer 50 in 2015, 2016 en 2017.

De trend van de vorige jaren waarbij het eerste kwartaal meer aanvragen werden ingediend kan niet worden bevestigd.



## 7. Verdeling van het aantal voltooide dossiers per maand in fase 1 en 2 en 3

De rapportering van de gegevens wijkt af van deze in de voorgaande jaren, dit verschil is te wijten aan de eigenheid van het nieuwe dossierbeheersysteem.

Op 28.12.2017, op basis van de gegevens in het dossierbeheersysteem, zijn er, voor wat betreft alle dossiers ingediend sinds de oprichting van het FMO:

- afgesloten in fase 1: deze dossiers worden dus niet verder gezet in fase 2. In hoofdzaak gaat het om dossiers die administratief onontvankelijk bleken of vroegtijdig werden gestopt door de aanvrager: 299
- open in fase 1 : dit zijn aanvragen waar nog geen beslissing in verband met de ontvankelijkheid werd genomen: 176

- o afgesloten in fase 2: dit zijn dossiers die in de loop van fase 2 zijn stopgezet zonder dat er een advies werd gegeven, ofwel omdat betrokkene zelf vroeg om zijn vraag niet verder te onderzoeken ofwel omdat er geen antwoord kwam op vragen van het Fonds : 194
- o open in fase 2 : dit zijn dossiers waarin een analyse ten gronde wordt gevoerd. Dit is de fase van een medische en juridische analyse. In deze fase worden ook stukken opgevraagd en expertise omschreven en uitgevoerd. Deze fase eindigt na een medicolegaal overleg met een advies. In totaal zijn er eind 2269 dossiers in deze fase.

Dossiers in fase 3: na het versturen van het advies komt een dossier automatisch in fase 3. In totaal zijn er 1335 dossiers in fase 3. Hiervan zijn 1182 dossiers helemaal afgewerkt ofwel omwille van het feit dat het Fonds geen schadevergoeding zal betalen ofwel omdat er een overeenkomst werd afgesloten over een schadevergoeding met de zorgverlener ofwel dat het Fonds deze betaalde als kapitaal.

Eind 2017 zijn er 81 fase 3 dossiers waarin er ofwel nog gewacht wordt op een regelingsvoorstel van een aansprakelijke of een akkoord over een regelingsvoorstel of de berekening lopende is. In 72 dossiers is er een geschil actief, hierbij gaat het zowel over dossiers waarin het Fonds werd gedagvaard als dossiers waarin het Fonds probeert een schadevergoeding probeert te recupereren bij de aansprakelijke zorgverstreker.

Tussen het advies en het einde fase 3 verloopt er een ruime tijd. Ingeval het FMO in zijn advies een aansprakelijkheid weerhoudt, wordt immers aan de aansprakelijke en zijn verzekeraar de kans geboden om een vergoedingsvoorstel te doen. In geval van MOZA doet het FMO een vergoedingsvoorstel dat na opmerkingen van het slachtoffer en/of zijn mandataris kan aangevuld of verbeterd worden.

## 8. Aantal ontvankelijke en onontvankelijke dossiers en taalkundige verdeling

De ontvankelijkheid van een aanvraag wordt door de dossierbeheerders nagekeken op basis van artikel 12 van de wet. Indien nodig worden bijkomende stukken opgevraagd.

Wanneer op basis van een eerste analyse voldaan blijkt aan artikel 12 wordt een dossier administratief ontvankelijk en gaat het dossier naar fase 2 waarin een grondige medische en juridische analyse gebeurt. Het kan dus dat een dossier op het einde van fase 2 onontvankelijk blijkt. Deze dossiers worden niet vermeld in onderstaande tabel.

Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	F	N	
Ontvankelijkheid/Taal				
Ja	1	123	235	358
Nee		8	16	24
Nog niet bekend		50	71	122
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>181</b>	<b>322</b>	<b>504</b>

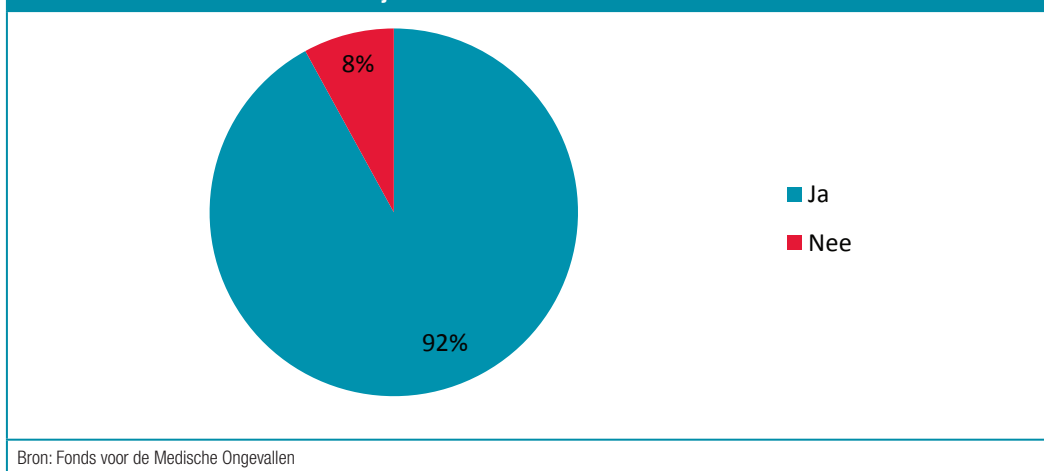
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Noot: de aandachtige lezer zal opmerken dat er 507 dossiers werden ingediend in 2017, drie van deze dossiers werden geannuleerd in fase 1 en zijn dus niet opgenomen in bovenstaande tabel noch in de berekeningen hieronder.

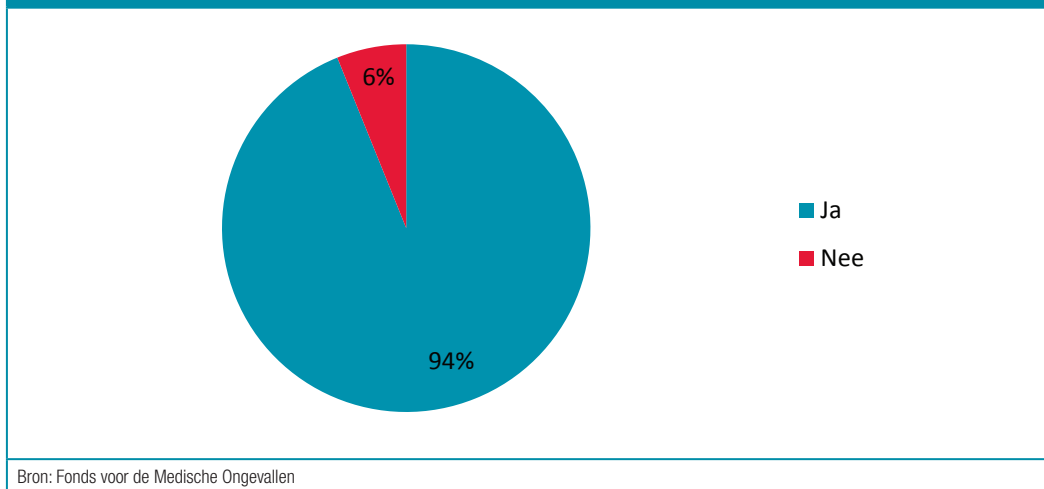
Het verschil van 122 dossiers tussen het aantal in 2017 ingediende dossiers (507) en het totaal aan ontvankelijke en onontvankelijke dossiers (382) stemt overeen met de dossiers waarvoor men op 31 december 2017 nog niet wist of ze vanuit administratief oogpunt al dan niet ontvankelijk waren (analyse van de ontvankelijkheidscriteria in fase 1 nog niet uitgevoerd). Meestal zijn dit aanvragen van het laatste trimester van 2017.

Voor de in 2017 ingediende dossiers en voor zover de ontvankelijkheid in fase 1 werd onderzocht is meer dan 92% ontvankelijk na een administratieve analyse van de criteria art. 12 van de wet. Er is geen noemenswaardig verschil tussen de Nederlandstalige en de Franstalige dossiers.

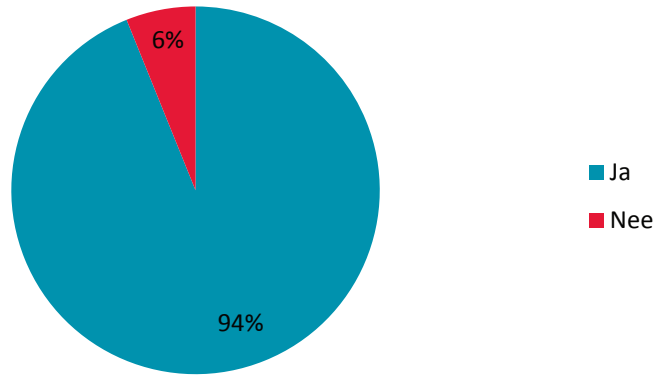
Grafiek 18 - Totaal aantal ontvankelijke dossiers 2017



Grafiek 19 - Aantal ontvankelijke dossiers 2017 (FR)



Grafiek 20 - Aantal ontvangelijke dossiers 2017 (NL)



Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen



## 9. Adviezen

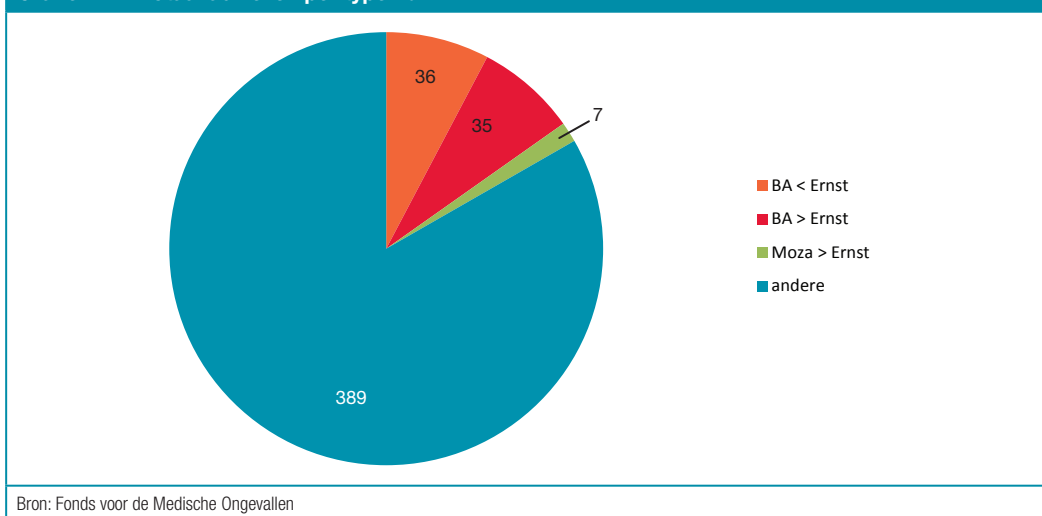
Voor het eerst kan gebruik gemaakt worden van DAMO. Zoals reeds eerder vermeld in dit verslag werd er geopteerd voor een “one shot migratie” van de gegevens uit Genidoc, het vorige dossierbeheersysteem. Eind 2017 blijkt dat omwille van onvolmaaktheden bij de migratie DAMO geen betrouwbare gegevens ter beschikking stelt. Er werd dus geopteerd om te rapporteren op basis van gegevens die naast DAMO werden bijgehouden.

**Tabel 10 : Adviezen 2017**

<b>Totaal</b>	<b>467</b>
<b>Specifiek</b>	
- MOZA met ernstgraad	36
- Aansprakelijkheid	35
- Aansprakelijkheid 2015 met ernstgraad	7
<b>Anderen</b>	<b>389</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

**Grafiek 21 - Totaal adviezen per type 2017**

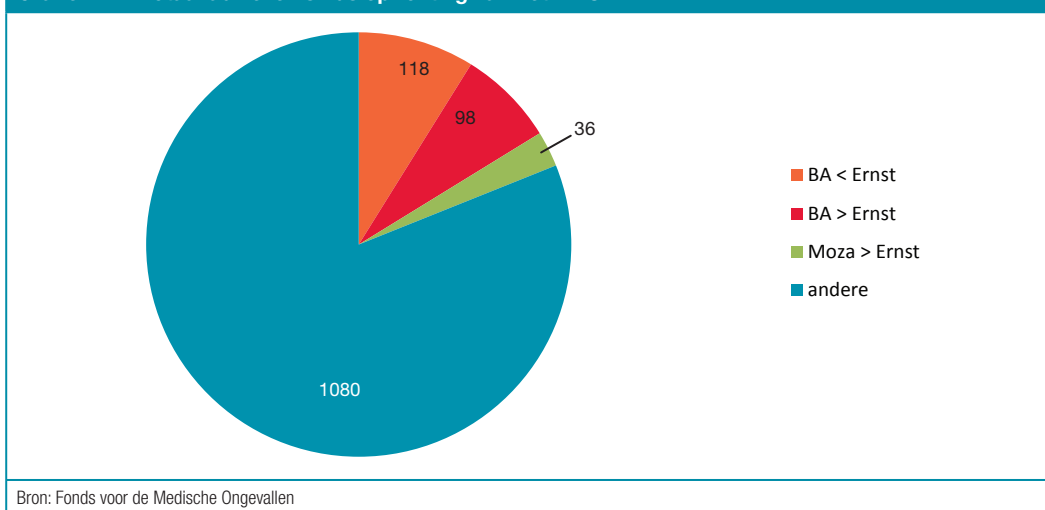


**Tabel 11 - Adviezen sinds oprichting van het FMO**

<b>Totaal</b>	<b>1332</b>
<b>Specifiek</b>	
- MOZA met ernstgraad	36
- Aansprakelijkheid	118
- Aansprakelijkheid 2015 met ernstgraad	98
<b>Anderen</b>	<b>1080</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Grafiek 22 - Totaal adviezen sinds oprichting van het FMO



Zowel op basis van adviezen verstrekt in 2017 als op basis van alle adviezen sinds de oprichting van het FMO blijkt dat in de overgrote meerderheid van de adviezen, noch tot een medisch ongeval met aansprakelijkheid noch tot een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid waarin de ernstgraad bereikt werd, werd besloten.

## 10. Vergoedingen

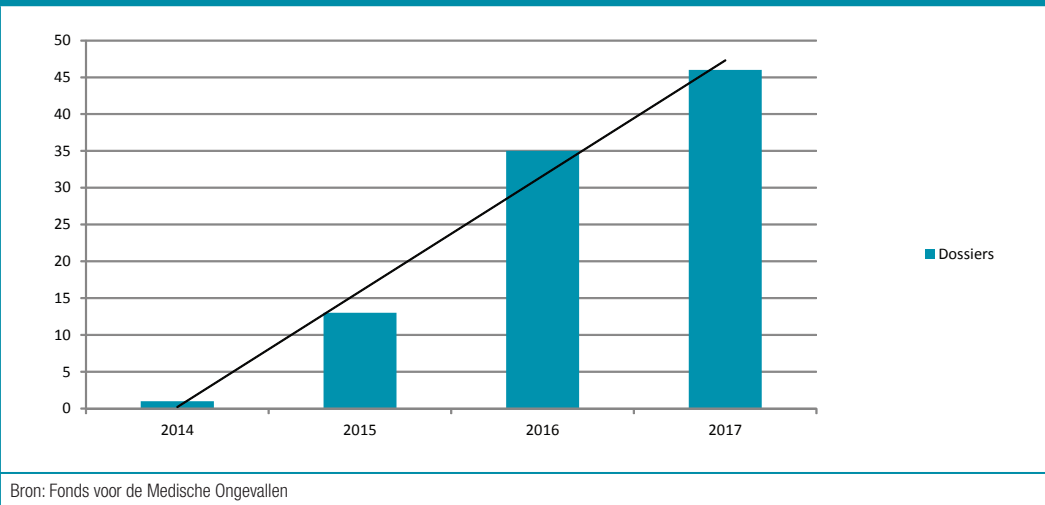
Het huidige dossierbeheersysteem beperkt zich tot fase 1 en fase 2 laat niet toe gegevens over de schadevergoedingen te genereren. Zowel het aantal betaald schadevergoedingen als het totale bedrag van de betaalde schadevergoedingen neemt jaar na jaar toe. Slechts uitzonderlijk wordt de schadevergoeding als rente uitbetaald.

Tabel 12 - Aantal uitbetaalde vergoedingen sinds oprichting

Jaar	Vergoedingen			Rente	
	Dossiers	Bedrag (EUR)	Gemiddelde	Dossiers	Bedrag (EUR)
2014	1	122.575,01	122575,01		
2015	13	1.230.796,05	94676,61923		
2016	35	4.012.057,60	114630,2171	1	3849,65
2017	46	6.677.443,71	145161,8198	4	23163,09
<b>Totaal</b>	<b>95</b>	<b>12.042.872,37</b>	<b>126767,078</b>	<b>5</b>	<b>27012,74</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

Grafiek 23 - Aantal uitbetaalde vergoedingen als kapitaal sinds oprichting



## 11. Geschillen

In de lijn van de verwachtingen neemt het aantal procedures voor de rechtbank toe naarmate het aantal adviezen toeneemt.

DAMO, het softwareprogramma specifiek voor het FMO laat niet toe een opvolging te doen van de geschillen waarin het FMO betrokken is. Eunom-e een specifieke software voor de opvolging van het ganse RIZIV is nog niet volledig uitgerold maar zal in de toekomst toelaten meer gedetailleerde info te geven over de geschillen waarin het FMO betrokken is.

Op basis van de gegevens van de juristen, verzameld buiten de software waren er eind mei 2018 :

- 39 geschillen waarin het FMO eiser is
- 71 geschillen waarin het FMO gedaagde is

Er was een uitspraak in 33 dossiers, in quasi alle gevallen werd een beroep ingesteld.

De geschillen met het FMO als eiser gaan over het terugvorderen van een schadevergoeding van de zorgverlener die het FMO in zijn advies aansprakelijk achtte, en in de plaats van de zorgverlener vergoedde omdat deze zorgverlener of zijn aansprakelijke weigerde te vergoeden en de ernstgraad werd bereikt.

De dossiers waarin het FMO gedagvaard werd gaan in de meeste gevallen over het begrip MOZA en abnormale schade, soms uitgebreid met de vraag naar een aansprakelijkheid, in sommige gevallen wordt ook een beroep aangetekend wanneer het FMO geen link met de zorgverlening weerhield.

In 1 geschil werd er een prejudiciële vraag gesteld. Waarop op 30.11.2017 een antwoord bekomen werd

# Deel 4 bis Medische statistieken



# I. Algemene beschouwingen

Voor het eerst wordt gebruik gemaakt van cijfers uit DAMO en niet meer uit Genidoc, het nakijken en corrigeren van de migratie van de gegevens heeft heel wat energie en tijd gekost. De cijfers die u hieronder vindt werden gegenereerd op 15 februari 2018 in tegenstelling tot de cijfers in de eerdere delen van dit rapport die werden gegenereerd op 31 december 2017.

## 1. De codering

De codering van de dossiers gebeurt verder, zoals weergegeven in de vorige jaarverslagen. Sinds 2015 worden alle dossiers gecodeerd. Dit is niet het geval voor de administratief onontvankelijke dossiers, bijvoorbeeld: aanvragen over infecties door een transfusie die werden opgelopen vóór 2 april 2010 komen niet voor in deze codering.

## 2. Beperkingen van de huidige cijfers

Er werd veel energie en tijd gestopt in het corrigeren zowel van de migratie van de deze gegevens uit genidoc als van de gegevens in DAMO. De codering gebeurde in het verleden niet altijd perfect; het blijkt een onhaalbare kaart om de onnauwkeurigheden van het verleden systematisch na te kijken en aan te vullen, daar waar mogelijk gebeurde dit wel. Het Fonds blijft zich blijvend inzetten om deze gegevens te optimaliseren en zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de werkelijkheid.

# II. Statistieken

## a. Plaats van het medisch ongeval

Zoals uit onderstaande grafiek blijkt gebeurt het overgrote deel van de medische ongevallen in het ziekenhuis. In sommige gevallen gebeurde er een 'medisch ongeval' op verschillende plaatsen of gebeurde er verschillende 'medische ongevallen' in één dossier, het is niet mogelijk om te achterhalen welke van deze 'medische ongevallen' belangrijker is, vandaar dat sommige 'medische ongevallen' twee keer voorkomen in deze lijst.

In de tabel hierna wordt meer in detail ingegaan op de precieze plaats in het ziekenhuis. De gegevens hebben betrekking op alle adviezen sinds de oprichting van het Fonds.

Tabel 13 - Plaats van ongeval globaal: bij eindadvies		
	Aantal	%
Ziekenhuis (ook Mil.hosp)	1218	87.69%
Niet Ziekenhuis	166	11.95%
Multiple/Andere	3	0.22%
Instelling Preventieve Geneeskunde	1	0,07%
Klinisch labo (niet ziekenhuis)	1	0,07%
<b>TOTAAL</b>	<b>1389</b>	<b>100%</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

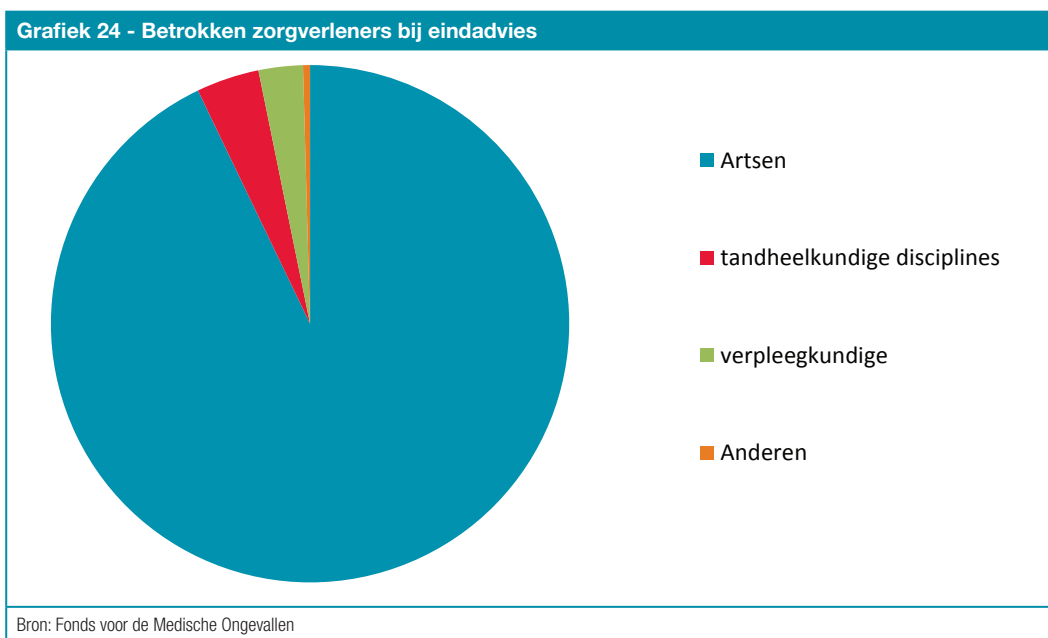
## b. Zorgverleners

Bij de medische ongevallen zijn vooral artsen betrokken, dit is het geval in 92,1% van de ongevallen. Zij worden gevolgd door de tandheelkundige disciplines en verpleegkundigen.

Deze cijfers bevestigen de trend die in de voorbije jaren werden vastgesteld.

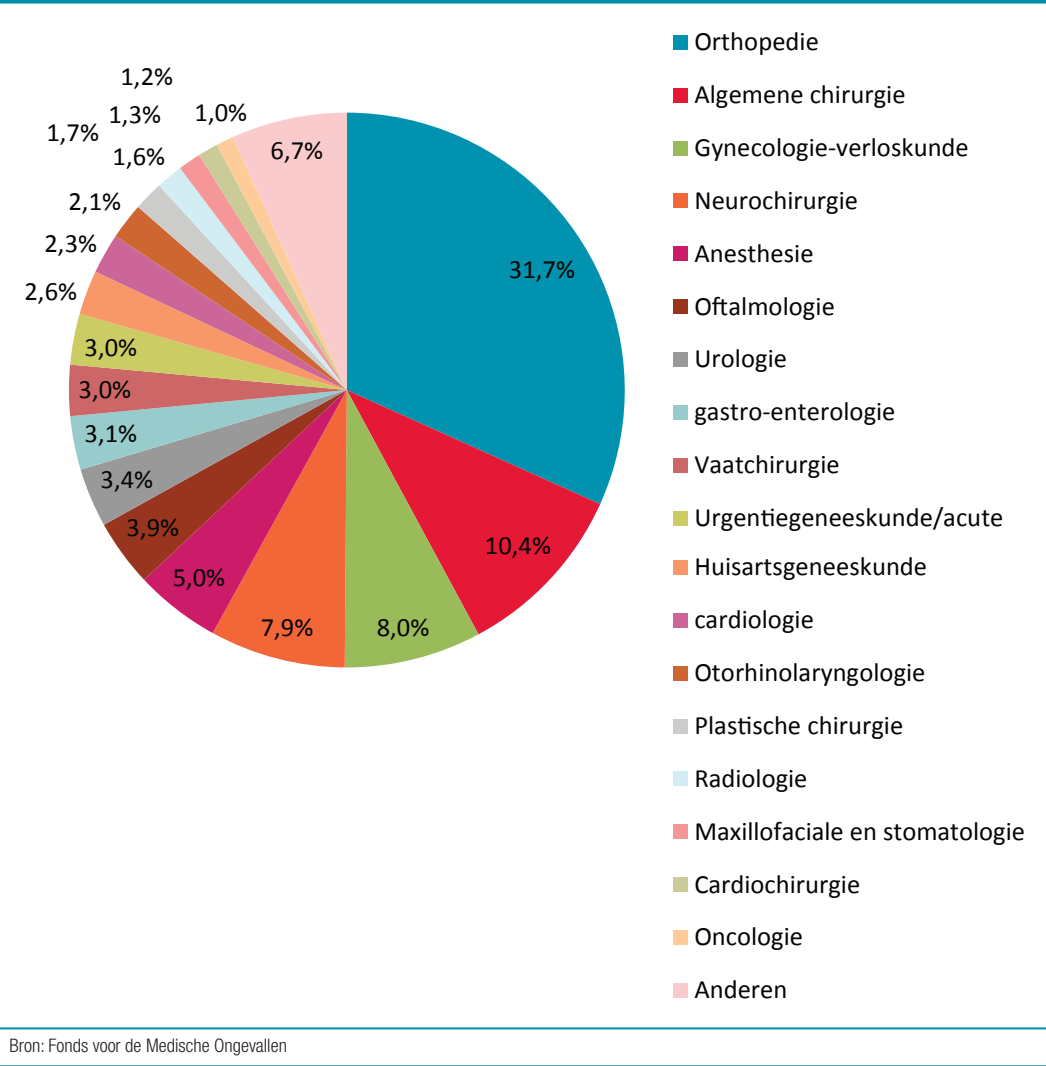
Tabel 14 - Betrokken zorgverleners bij eindadvies		
	Aantal	%
Artsen	1279	92,1%
tandheelkundige disciplines	54	3,9%
verpleegkundige	38	2,7%
kinesist	6	0,4%
<b>paramedische beroepen</b>	6	0,4%
instelling	3	0,2%
alternatieve geneeswijze	2	0,1%
Vroedkundige	1	0,1%
<b>TOTAAL</b>	<b>1389</b>	<b>100%</b>

Bron: Fonds voor de medische ongevallen



De groep artsen wordt verder geanalyseerd. Dit leert dat de grootste groep artsen betrokken bij een medisch ongeval behoren tot de snijdende disciplines, voornamelijk orthopedisten gevolgd door de algemeen chirurgen.

Grafiek 25 - Betrokken zorgverleners bij eindadvies



<b>Tabel 15 - Betrokken zorgverleners bij eindadvies</b>		
<b>Artsen</b>	<b>Aantal</b>	<b>%</b>
Orthopedie	406	31,7%
Algemene chirurgie	133	10,4%
Gynecologie-verloskunde	102	8,0%
Neurochirurgie	101	7,9%
Anesthesie	64	5,0%
Oftalmologie	50	3,9%
Urologie	44	3,4%
gastro-enterologie	40	3,1%
Vaatchirurgie	38	3,0%
Urgentiegeneeskunde/acute	38	3,0%
Huisartsgeneeskunde	33	2,6%
Cardiologie	30	2,4%
Otorhinolaryngologie	27	2,1%
Plastische chirurgie	22	1,7%
Radiologie	20	1,6%
Maxillofaciale en stomatologie	17	1,3%
Cardiochirurgie	15	1,2%
Oncologie	13	1,0%
Neurologie	12	0,9%
Psychiatrie	11	0,9%
Thoracale chirurgie	11	0,9%
Fysiotherapie en revalidatie	8	0,6%
Algemene inwendige	8	0,6%
Nefrologie	5	0,4%
Pneumologie	5	0,4%
Dermatologie	4	0,3%
Hematologie	4	0,3%
Reumatologie	3	0,2%
Geriatric	2	0,2%
Intensieve zorgen	2	0,2%
Pediatrie	2	0,2%
Radiotherapie	2	0,2%
MOC (multidisciplinair oncologisch consult)	2	0,2%
Allergologie	1	0,1%
Endocrinologie	1	0,1%
Admin. Geneeskunde	1	0,1%
ander specialisme arts	1	0,1%
anatomopathologie	1	0,1%
<b>TOTAAL</b>	<b>1279</b>	<b>100%</b>



Uiteraard moeten deze gegevens vergeleken worden met het totaal aantal verstrekkingen door de verschillende disciplines. De nodige voorzichtigheid is dus geboden bij de interpretatie van deze gegevens.

### c. Letsels

Letsels zijn de letsels die door de zorgverstrekking rechtstreeks veroorzaakt worden. Deze kunnen de oorzaak zijn van de uiteindelijk overblijvende letsels (invaliditeit), dus de sequelen; maar dit is niet steeds het geval: bv. beschadiging van de urineleider bij een operatie is het letsel, maar dit kan buikvliesontsteking, dan bloedvergiftiging, shock en uiteindelijk (door critical illness polyneuropathie) verlamming veroorzaken. De verlamming is dan het uiteindelijke letsel (het sequeel).

Volledig in lijn met de vaststelling dat de grootste groep zorgverleners betrokken bij een medisch ongeval specialisten in de orthopedie zijn, situeren de meeste letsels zich ter hoogte van de ledematen. Ook voor deze gegevens worden de vaststellingen uit het verleden bevestigd.

<b>Tabel 16 - Letsels / Globaal: bij eindadvies</b>			
	<b>Aantal</b>	<b>%</b>	<b>Cumul%</b>
locomotorische letsels(BL en OL)	340	24,5%	24,5%
perifere neurologische letsels	160	11,5%	36,0%
gastro-intestinaal+abdominale organen en wand	141	10,2%	46,2%
spinale letsels	128	9,2%	55,4%
algemene letsels	115	8,3%	63,6%
cerebrale letsels	79	5,7%	69,3%
urinestelsel	65	4,7%	74,0%
tandheelkundige en maxillo-faciale letsels	62	4,5%	78,5%
vasculaire letsels	54	3,9%	82,4%
oogletsel	52	3,7%	86,1%
huidletsels en plastisch chirurgische letsels	45	3,2%	89,3%
cardiale letsels	30	2,2%	91,5%
NKO-letsel	30	2,2%	93,7%
pulmonair + thoraxwand en mediastinum	26	1,9%	95,5%
obstretrische letsels	19	1,4%	96,9%
oncologische letsels	12	0,9%	97,8%
gynaecologische letsels	11	0,8%	98,6%
psychische letsels	9	0,7%	99,2%
anesthesie-specifieke letsels	7	0,5%	99,7%
endocrinologische letsels	4	0,3%	100,0%
<b>TOTAAL</b>	<b>1389</b>	<b>100%</b>	

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

## d. Sequelen

Ook de vaststelling dat de meest voorkomende letsels letsels zijn ter hoogte van de ledematen zijn, heeft als logisch gevolg dat de grootste groep sequelen zich ter hoogte van het locomotorisch systeem localiseert. De vaststellingen uit het verleden worden ook wat betreft de sequelen bevestigd.

**Tabel 17 - Sequelen: bij eindadvies**

	Aantal	%	Cumul %
locomotorische sequelen	356	25,6%	25,6%
algemene sequelen	267	19,2%	44,9%
perifere neurologische sequelen	149	10,7%	55,6%
spinale sequelen	114	8,2%	63,8%
gastro-intestinale sequelen	83	6,0%	69,8%
cerebrale sequelen	80	5,8%	75,5%
oftalmologische sequelen	56	4,0%	79,6%
tandheelkundige en maxillofaciale sequelen	51	3,7%	83,2%
uro-nefrologische sequelen	45	3,2%	86,5%
NKO-sequelen	33	2,4%	88,8%
litttekensequelen -oppervlakkige infecties	27	1,9%	90,8%
cardiale sequelen	24	1,7%	92,5%
luchtwegensequelen	19	1,4%	93,9%
plastische chirurgie sequelen	13	0,9%	94,8%
psychische sequelen	13	0,9%	95,8%
Multipele**	11	0,8%	96,5%
obstetrische sequelen (foetus en moeder)	11	0,8%	97,3%
perifeer vasculaire sequelen	10	0,7%	98,1%
andrologische sequelen	8	0,6%	98,6%
oncologische sequelen	8	0,6%	99,2%
gynaecologische sequelen	7	0,5%	99,7%
endocriene sequelen	2	0,1%	99,9%
hematologische sequelen	1	0,1%	99,9%
miltsequelen	1	0,1%	100,0%
<b>TOTAAL</b>	<b>1389</b>	<b>100%</b>	

\*: Algemene sequelen:

- niet nader bepaald
- geen
- louter moreel letsel
- onvoldoende resultaat
- vertraagde / zwaardere behandeling
- malaise NNB
- hartstilstand (onbedoeld)
- shock
- necrotiserende fasciits sequelen
- cachexie
- chronische / recidiverende infectie algemeen
- ander systemisch lijden

\*\*: Multipele gelijktijdige sequelen

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

### III. Andere activiteiten van de artsen

#### 1. De interne artsen

In 2017 bleef de equipe van de Nederlandstalige artsen stabiel. In de Franstalige equipe vertrok er één arts naar een andere dienst binnen het RIZIV twee nieuwe artsen werden aangeworven en traden in dienst, één in juli en een andere in december. Eind 2017 zijn er 2 vacante betrekkingen voor artsen.

#### 2. Het netwerk van externe experts

De uitbouw van een netwerk van externe experts is geen sinecure. Het FMO zoekt vaktechnisch hoogstaande experts, die onafhankelijk en gedegen en gemotiveerd advies willen en kunnen geven en dat binnen een zeer kort tijdsbestek. Deze vakspecialisten zijn niet steeds vertrouwd met de procedures van expertises en evenmin met de evaluatie van schade. Het Fonds probeert dus een oplossing te vinden om 'top-geneeskunde' te combineren met correcte evaluaties.

De beste oplossing op heden zijn 'duo-experten', waarbij een arts met ervaring en/of vorming als (gerechts)-expert samenwerkt met een specialist in de materie.

Er zijn talrijke contacten gelegd, de procedures lopen, het netwerk wordt geleidelijk en continu verder uitgebouwd.

De overheidsopdracht voor medische experts die gepubliceerd werd eind 2016 werd afgerond en de opdracht werd gegund mei 2017 voor de duur van 4 jaar.

Uiteraard werd er nog steeds beroep gedaan op de externe experts gerecruteerd door de overheidsopdracht 2015.

Naast de experts van de overheidsopdracht werd indien nodig beroep gedaan op experts op basis van een dienstenovereenkomst.

#### 3. Voordrachten

Ook in 2017 verzorgden de medewerkers van het FMO informatiesessies over de werking van het FMO, bij wetenschappelijke verenigingen van artsen en anderen, ter gelegenheid van symposia, vergaderingen van LOK groepen van artsen enz.. Er werd niet ingegaan op vragen van commerciële initiatieven.

- 21.1.2017 Multidisciplinair symposium door de afdelingen neurochirurgie en orthopedie van het ZOL Genk.
- 13.5.2017 18<sup>e</sup> editie van het congres van de Belgische Cardiologische Liga
- 19.5.2017 Bijeenkomst Franstalige hoofdgeneesheren te Harpimont
- 14.11.2017 UIA lezing in het kader van het doctoraat van W.Buelens
- 21.12.2018 UCL Woluwe LOK neurochirurgie

Dr.N.Twite participeerde actief als docent aan de opleiding verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise van de Ulg.

Het FMO verwelkomde ook stagiairs in het kader van de manama verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise van de Ulg, en KULeuven, UGent, UA. Ook bachelorstudenten in de Rechten liepen stage bij het FMO.



Deel 5  
Financiële informatie  
“opdrachten”



Net zoals in het verleden werd ter gelegenheid van deze ontmoetingen met zorgverleners vastgesteld dat er nog belangrijke misvattingen bestaan over de wet i.v.m. de vergoedingen van slachtoffers van medische ongevallen en het Fonds. De perceptie dat de Wet van 31 maart 2010 een 'no-fault'-wet is en de misvatting dat het Fonds vergoedingen uitkeert in alle gevallen van zware letsels zijn voorbeelden die in het oog springen.

Na de statistieken van de activiteiten "opdrachten" van het FMO te hebben besproken, moet een blik worden geworpen op de begroting en op de potentiële kostprijs van de verschillende opdrachten voor het FMO alsook de realisaties van de vorige jaren. Daarom is dit 5e deel gewijd aan de financiële informatie en de begrotingen 2017 en 2018 van het FMO. Die begrotingen en realisaties worden in twee delen voorgesteld: een deel over de opdrachten van het Fonds en een deel over de werkingsuitgaven van het Fonds (beheersbegroting).

Sinds zijn oprichting op 1 september 2012 heeft het FMO tal van expertises uitgevoerd en zijn in de loop van 2015 de eerste vergoedingen uitbetaald. Door de grote toename van het aantal vergoedingen die de laatste maanden zijn uitbetaald, kunnen wij significante statistieken verstrekken met betrekking tot die vergoedingen.

Naast die cijfers over de vergoedingen zullen wij zoals elk jaar ook de financiële statistieken bespreken met betrekking tot de kosten van de expertises die noodzakelijk zijn voor de goede uitvoering van de opdrachten van het Fonds, ongeacht of het gaat om eenzijdige of tegensprekelijke expertises dan wel om adviesaanvragen bij gespecialiseerde advocaten.

Ten slotte zullen we de gegevens betreffende de geschillendossiers in onze cijfers opnemen, meer bepaald de betaling van advocaten in het kader van juridische procedures die het Fonds heeft ingesteld.

## I. Begroting en realisaties – Opdrachten

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de middelen die het FMO in 2017 ter beschikking zijn gesteld voor de uitvoering van zijn opdrachten alsook de realisaties voor 2016.

<b>Tabel 18 - Opdrachtenbegroting 2017 (in EUR)</b>		
<b>Rubriek</b>	<b>Begroting 2017</b>	<b>Réalisaties 2016</b>
8157 - Geschillenbetreffende de opdrachten van de instelling	110.000	136.261
8158 - Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	805.000	450.928
80500 – Ten laste nemen van kosten die normaal door de begunstigden moeten worden gedragen:	17.333.063	5.456.139
• Schadevergoedingen: 9.251.000		4.098.537
• Catastrofale schadegevallen: 5.193.757		0
• Nosocomiale infecties: 1.545.450		0
• TSE: 1.342.848		1.357.602
<b>TOTAAL</b>	<b>18.248.063</b>	<b>6.043.328</b>
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen		

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de middelen die het FMO in 2018 ter beschikking werden gesteld voor de uitvoering van zijn opdrachten alsook de realisaties van 2017.

<b>Tabel 19 - Opdrachtenbegroting 2018</b>		
<b>Rubriek</b>	<b>Begroting 2018</b>	<b>Réalisaties 2017</b>
8157 - Geschillen betreffende de opdrachten van de instelling	346.000	275.648
8158 - Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	410.000	173.249
80500 – Ten laste nemen van kosten die normaal door de begunstigden moeten worden gedragen:	17.078.583	7.954.690
• Schadevergoedingen: 8.900.000 euro		6.870.367
• Catastrofale schadegevallen: 5.349.570 euro		0
• Nosocomiale infecties: 1.591.813 euro		0
• TSE: 1.237.200 euro		1.084.323
<b>TOTAAL</b>	<b>17.834.583</b>	<b>8.403.587</b>
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen		

## Commentaar

De geschillen betreffende de opdrachten van de instelling vertegenwoordigen het geraamde bedrag dat moet worden betaald aan advocaten in het kader van juridische procedures tegen een privéverzekeraar of procedures tegen de verzekerden ter betwisting van een advies of andere zaak.

De andere honoraria die geen verband houden met betwiste zaken, betreffen de middelen waarover het FMO beschikt om bij externe specialisten precieze informatie in te winnen over een specifiek medisch probleem. Gewoonlijk gaat het om geneesheren-specialisten of gespecialiseerde technici die, uit hoofde van hun specialisme, het FMO bijstaan bij de behandeling van specifieke dossiers.

Ten slotte vertegenwoordigt de tenlasteneming van de kosten die normaal door de begunstigden moeten worden gedragen, veruit het grootste bedrag aangezien het gaat om het bedrag waarin is voorzien voor de vergoeding van de slachtoffers. Die tenlasteneming is in vier aparte categorieën onderverdeeld: de vergoedingen voor een nosocomiale infectie, een catastrofaal schadegeval of een andere soort medisch ongeval en de tegensprekelijke expertises die worden uitgevoerd.

Verderop in dit verslag zullen die begrotingen worden vergeleken met de uitgaven voor in 2017 uitgevoerde opdrachten en in het bijzonder met de uitgaven in het kader van de expertises, ongeacht of zij eenzijdig dan wel tegensprekelijk zijn, en in het kader van de vergoedingen.



## II. Begroting en realisaties – Beheer

Naast de opdrachtenbegroting (tegemoetkomingen) is er natuurlijk ook een beheersbegroting (werking) waarin de uitgaven die noodzakelijk zijn voor de goede dagelijkse werking van het Fonds, worden ingeschreven.

In de onderstaande tabellen worden de beheersbegrotingen van het Fonds weergegeven, respectievelijk voor de jaren 2017 en 2018. De realisaties van de vorige jaren worden eveneens hierbij opgenomen.

Tabel 20 - Beheersbegroting 2017		
Rubriek	Budget 2017	Realisaties 2016
Personeel	3.365.433 (68,02%)	2.857.669
Gewone werkingskosten	670.208 (13,55%)	346.166
Roerende investeringen	7.000 (0,14%)	851
Informatica werkingskosten	772.791(15,62%)	744.815
Informatica investeringen	101.000 (2,04%)	83.554
Belastingen en betwiste zaken	31.000 (0,63%)	33.221
<b>TOTAAL beheersbegroting</b>	<b>4.947.432</b>	<b>4.066.276</b>
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen		

Tabel 21 - Beheersbegroting 2018		
Rubriek	Budget 2018	Realisaties 2017
Personeel	3.780.425 (73,91%)	3.117.450
Gewone werking	413.151 (8,08%)	315.249
Roerende investeringen	2.000 (0,04%)	500
Informatica - werkingskosten	787.877 (15,40%)	770.864
Informatica - investeringen	100.000 (1,96%)	113.867
Belastingen en betwiste zaken	31.372 (0,61%)	40.930
<b>TOTAAL beheersbegroting</b>	<b>5.114.825</b>	<b>4.358.860</b>
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen		

De uitgaven die in de beheersbegroting zijn opgenomen, zijn onder meer de personeelsuitgaven voor de bezoldiging van het personeel dat bij het Fonds werkt (dossierbeheerders, artsen, juridische experts, administratieve experts, ...), maar ook de uitgaven voor de gewone werking en informaticawerking, de roerende investeringen en informatica-investeringen die noodzakelijk zijn voor de creatie van specifieke toepassingen voor het FMO of voor de invoering van een performant systeem voor dossierbeheer.

In de begroting 2017 is een nieuwe categorie opgenomen, namelijk de categorie Uitgaven voor belastingen en betwiste zaken. Die rubriek bevond zich vroeger in de categorie “Gewone werking”, maar omwille van de leesbaarheid werd beslist die uitgaven te isoleren van de rest van de beheersbegroting.

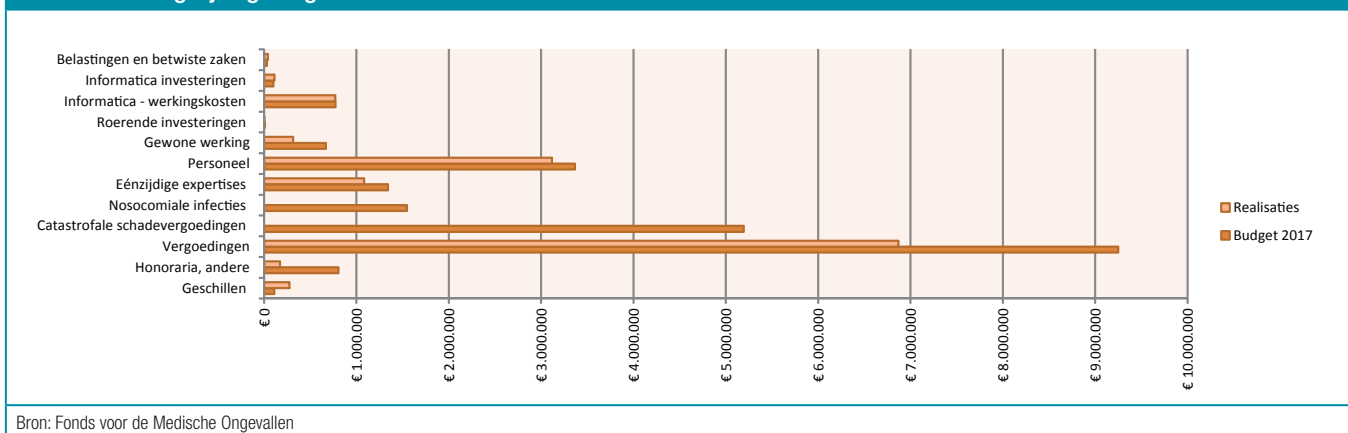
Met betrekking tot de verdeling van de beheersbegroting van het Fonds is het niet verwonderlijk dat de personeelsuitgaven met 68 % van de beheersbegroting de hoogste uitgaven zijn in het budget 2017 en zelfs de lat van de 70 % overschrijden voor het budget 2018. Zij worden gevolgd door de werkingsuitgaven die noodzakelijk zijn opdat het Fonds de hem toevertrouwde opdrachten in de best mogelijke omstandigheden en meer bepaald dankzij de informaticatoepassingen kan uitvoeren. De investeringen op hun beurt vertegenwoordigen slechts een klein deel van de beheersbegroting.

### III. Vergelijking begroting en realisaties 2017

Met betrekking tot het referentiejaar van dit rapport, is het interessant om de begroting te vergelijken met de realisaties om een beeld te krijgen van de bestedingsgraad van de begroting. Daarom bevat de onderstaande tabel de gegevens met betrekking tot de begroting en de realisaties 2017.

<b>Tabel 22 - Budget 2017 realisaties</b>				
<b>Rubriek</b>	<b>Budget 2017</b>	<b>Realisaties</b>	<b>Vershil</b>	<b>Benuttingsgraad</b>
<b>Opdrachten</b>				
Geschillen	110.000 EUR	275.648 EUR	165.648- EUR	250,59%
Honoraria, andere dan voor geschillen	805.000 EUR	173.249 EUR	631.751 EUR	21,52%
Indemnisations	9.251.000 EUR	6.870.367 EUR	2.380.633 EUR	74,27%
Catastrofale schadevergoedingen	5.193.757 EUR	0 EUR	5.193.757 EUR	0,00%
Nosocomiale infecties	1.545.450 EUR	0 EUR	1.545.450 EUR	0,00%
Eénzijdige expertises	1.342.848 EUR	1.084.323 EUR	258.525 EUR	80,75%
<b>Totaal opdrachten</b>	<b>18.248.055 EUR</b>	<b>8.403.587 EUR</b>	<b>9.844.468 EUR</b>	<b>46,05%</b>
<b>Beheer</b>				
Personeel	3.365.433 EUR	3.117.450 EUR	247.983 EUR	92,63%
Gewone werking	670.208 EUR	315.249 EUR	354.959 EUR	47,04%
Roerende investeringen	7.000 EUR	500 EUR	6.500 EUR	7,14%
Informatica - werkingskosten	772.791 EUR	770.864 EUR	1.927 EUR	99,75%
Informatica investeringen	101.000 EUR	113.867 EUR	12.867- EUR	112,74%
Belastingen en betwiste zaken	31.000 EUR	40.930 EUR	9.930- EUR	132,03%
<b>Totaal beheer</b>	<b>4.947.432 EUR</b>	<b>4.358.860 EUR</b>	<b>588.572 EUR</b>	<b>88,10%</b>
Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen				

Grafiek 26 - Vergelijking budget realisaties 2017



Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

De eerste vaststelling die kan worden gedaan, is dat de begroting van het FMO voor het jaar 2017 niet volledig is gebruikt. Er werd immers slechts 55 % van de begroting aangewend. Er is een groot verschil tussen de opdrachtenbegroting met een besteding van nauwelijks 46 % en de beheersbegroting waarvan meer dan 88 % werd gebruikt.

Wanneer we die tabel meer in detail bekijken, blijkt dat het niet gebruiken van de opdrachtenbegroting voornamelijk afkomstig is uit twee posten, namelijk de rampen en de nosocomiale infecties, waarvoor in 2017 geen enkele verwezenlijking werd vastgesteld. In 2017 waren er immers geen rampen en de nosocomiale infecties zijn momenteel niet specifiek geïdentificeerd als afzonderlijke vergoedingen. Ze bevinden zich dus in de rubriek “vergoedingen”.

Met betrekking tot de beheersbegroting wordt een grote discrepantie vastgesteld tussen sommige rubrieken die de begroting in ruime mate overschrijden zoals de investeringen in informatica of de belastingen, en andere rubrieken waarvan de bestedingsgraad de 50 % niet overschrijdt zoals de roerende investeringen of de gewone werkingsuitgaven.

Op basis van de onderstaande grafiek kunnen die vaststellingen beter worden gevisualiseerd.

## IV. Financiële statistieken betreffende de opdrachten

Het is nu tijd om even stil te staan bij de statistieken “opdrachten” van het Fonds. Het Fonds heeft immers tal van expertises uitgevoerd waarbij bepaalde financiële gegevens in verband met de opdrachten van het Fonds konden worden verzameld. In dit deel zullen u dus de statistieken en informatie over de kostprijs van die expertises worden meegedeeld.

De hierna voorgestelde statistieken hebben vooral betrekking op de kosten van de expertises en de verdeling van de kosten tussen de eenzijdige expertises, de adviesaanvragen bij advocaten (met name voor het nalezen van de vergoedingsvoorstellen en andere juridische adviezen) en de tegensprekelijke expertises.

In de onderstaande tabel worden de gegevens vermeld met betrekking tot de expertises en adviesaanvragen, alsook het bedrag en het aantal vergoedingen die sinds de start van het Fonds zijn uitbetaald (statistieken afgesloten op 31.12.2017). We zullen eerst de gegevens over de expertises analyseren en in grafieken weergeven zodat een duidelijker beeld wordt verkregen van de aard van de expertises, de verdeling en de kostprijs ervan. Daarna zullen we de gegevens betreffende de kosten van de verschillende vergoedingen die al zijn uitbetaald, analyseren.

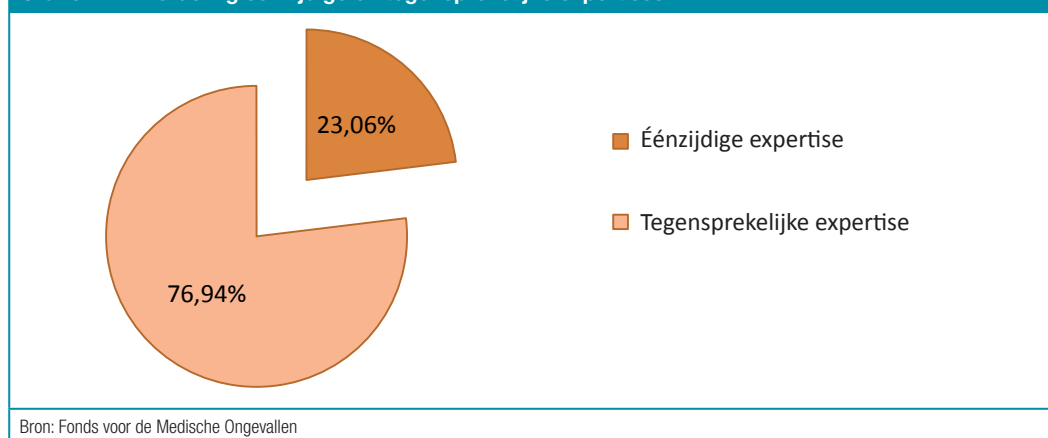
**Tabel 23 - Kosten van de expertises van het FMO**

Type	Aantal gefactureerde expertises / gestorte vergoedingen	Totale kosten (in EUR)
<b>EXPERTISES</b>	<b>2.125</b>	<b>3.925.078,32</b>
Eenzijdige expertises	490	439.277,70
Tegensprekelijke expertises	1.635	3.485.800,62
<b>ADVOCATENKOSTEN</b>	<b>565</b>	<b>1.091.651,44</b>
Adviesaanvragen	343	694.936,28
Geschillen	222	396.715,16
Vergoedingen	137	12.042.872,37
<b>TOTAAL</b>	<b>2.827</b>	<b>17.059.602,13</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

We stellen allereerst vast dat de tegensprekelijke expertises nog steeds talrijker zijn dan de éenzijdige expertises. Zoals uit de onderstaande grafiek blijkt, bedragen de verhoudingen van de tegensprekelijke expertises en éenzijdige expertises ten aanzien van het totale aantal expertises immers respectievelijk 76,94 % et 23,06 %. Dat is een interessante vaststelling, in de wetenschap dat de verhouding vorig jaar ongeveer 75 % bedroeg voor de TSE en 25 % voor de éenzijdige expertises. In de afgelopen maanden is het aantal TSE dus sterker gestegen dan het aantal éenzijdige expertises. We kunnen zelfs nog verder gaan en preciseren dat de verhouding voor dat type van expertise twee jaar eerder in de buurt van 70-30 lag.

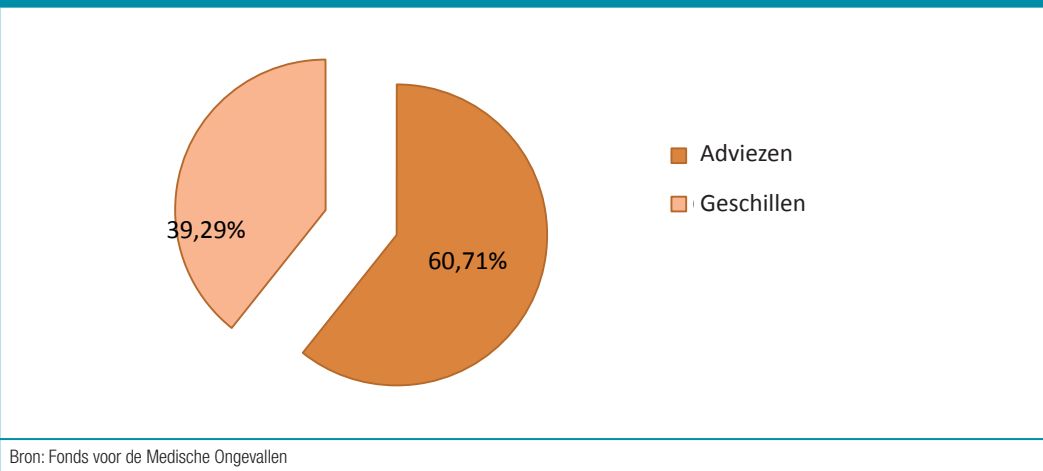
**Grafiek 27 - Verdeling éenzijdige en tegensprekelijke expertises**



Als we stilstaan bij de advocatenkosten en in het bijzonder bij het aantal vragen die aan de verschillende advocaten zijn gesteld, stellen we vast dat de meeste vragen (bijna 80 %) betrekking hebben op het nalezen van de adviezen die het Fonds heeft voorbereid. Het aantal keren dat een beroep wordt gedaan op advocaten om het Fonds te vertegenwoordigen in het kader van juridische procedures, vertegenwoordigt 20 % van de vragen; maar dat cijfer blijft de laatste maanden stijgen.

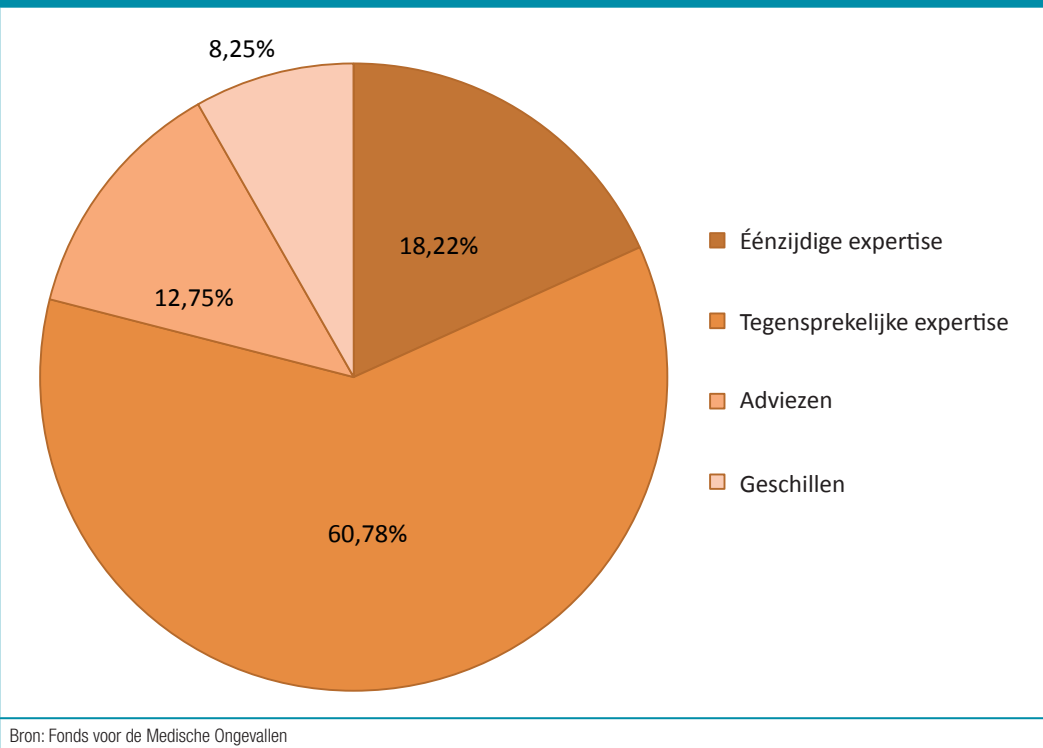
Hoewel het aandeel geschillen vandaag bijna 40 % uitmaakt van de vragen die aan de advocaten werden gesteld, was dat in 2016 immers nog maar 20 % en in 2015 amper 10 %.

Grafiek 28 - Verdeling van de vragen aan de advocaten



Als de twee vorige grafieken naast elkaar worden geplaatst, kunnen we duidelijk zien dat bijna 80 % van de facturen die het Fonds momenteel betaalt, betrekking heeft op expertises die in het kader van de behandeling van een dossier worden gevraagd. De facturen voor advocatenkosten vertegenwoordigen maar 16 % van de betaalde facturen. Die vaststelling is vrij logisch, aangezien de adviezen van de gespecialiseerde advocaten pas aan het einde van de behandeling van de dossiers worden gevraagd, nadat het dankzij de tegensprekelijke en eenzijdige expertises mogelijk was om de dossiers waarvoor een tegemoetkoming kan worden overwogen, eruit te halen.

Grafiek 29 - Verdeling per soort factuur



Wat betreft de kostprijs van die expertises en aanvragen, zien we dat de tegensprekelijke expertises het duurst zijn met een gemiddelde kostprijs van 2.131,99 euro, tegenover de adviesaanvragen met een gemiddelde kostprijs van 2.026,05 euro, de geschillen met 1.787,01 euro en amper 896,49 euro voor de eenzijdige expertises.

Laten we nu de cijfers betreffende de vergoedingen bekijken. Op 31.12.2017 heeft het Fonds 137 vergoedingen betaald; dat zijn 71 vergoedingen meer dan eind 2016. In dit stadium is het belangrijk om te verduidelijken dat het Fonds ook 29 maandelijkse renten heeft gestort in het kader van 3 vergoedingsdossiers. Deze renten, die tussen 549,95 euro en 1.113,25 euro bedragen, zijn niet begrepen in de 137 hierboven vermelde vergoedingen. Gelet op de periodiciteit van de stortingen en de veel lagere bedragen die ze vertegenwoordigen, werden deze renten immers geïsoleerd van de rest van de vergoedingen.

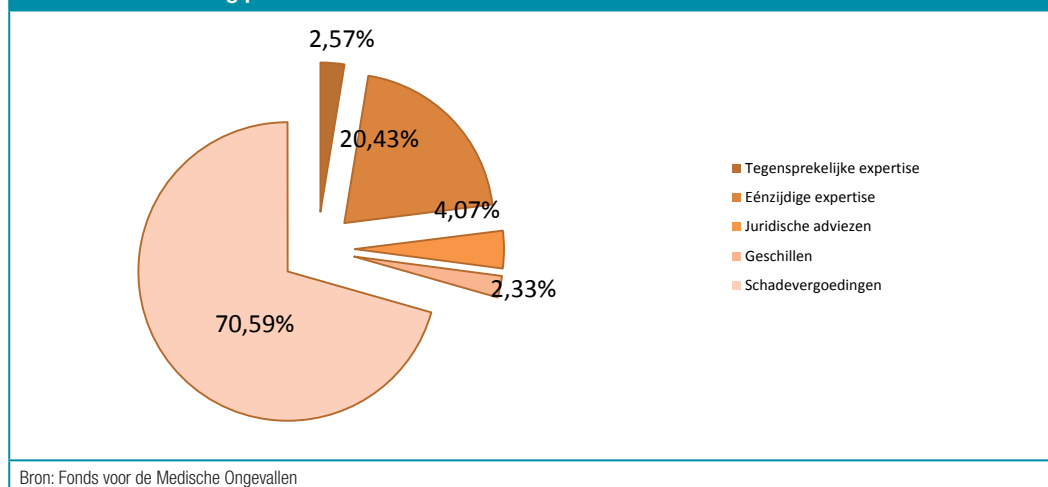
Tabel 24 - Vergoedingen uitbetaald door het FMO (EUR)

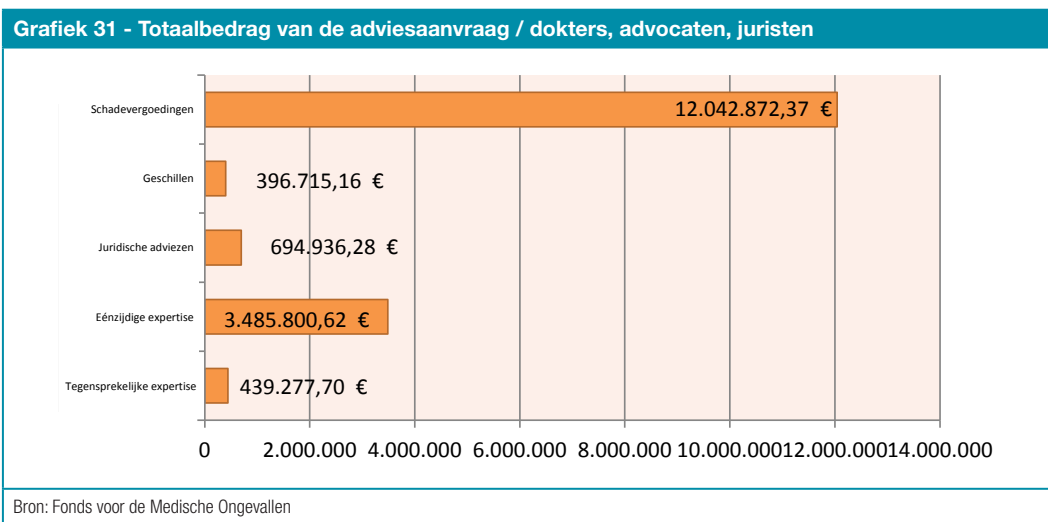
Maand	2014	2015	2016	2017
Januari	0,00	0,00	44.088,71	86.479,45
Februari	0,00	66.532,36	5.535,00	649.349,50
Maart	0,00	2.937,15	222.718,64	351.423,55
April	0,00	2.708,54	503.927,09	1.505.723,32
Mei	0,00	144.506,00	330.871,92	312.769,76
Juni	0,00	0,00	1.084.691,41	219.610,56
Juli	0,00	0,00	25.032,00	913.980,45
Augustus	0,00	5.400,00	922.945,83	148.017,70
September	0,00	106.180,59	129.246,81	472.500,58
Oktober	0,00	421.350,99	172.829,83	781.846,02
November	0,00	195.531,94	324.317,09	74.191,75
December	122.575,01	285.648,48	245.853,27	1.161.551,07
<b>TOTAAL</b>	<b>122.575,01</b>	<b>1.230.796,05</b>	<b>4.012.057,60</b>	<b>6.677.443,71</b>

Bron: Fonds voor de Medische Ongevallen

De bovenstaande tabel bevat allerlei interessante informatie. Allereerst kunnen we een constante toename van de bedragen die het Fonds heeft uitbetaald. Inderdaad we evolueren van een bedrag van een beetje meer dan een miljoen euro in 2015 naar een bedrag meer dan 6.5 miljoen in 2017. Vervolgens stellen we vast dat er grote verschillen bestaan in de bedragen die per maand zijn uitbetaald. Volgens de maandelijks te vergoeden gevallen en hun ernst kunnen de bedragen immers gaan van enkele duizenden euro's tot enkele honderdduizenden euro's! Het is dus zeer moeilijk om maandelijks vooruitzichten op te stellen voor de uitgaven voor vergoedingen. Tot slot kunnen we, als de trend van die tabel zich doorzet, in 2018 waarschijnlijk een toename van het totale bedrag van die vergoedingen verwachten.

Grafiek 30 - Verdeling per kost





Deel 6  
Aanbevelingen om de  
schade als gevolg van  
gezondheidszorg te  
voorkomen





De Wet van 31 maart 2010 bepaalt dat het jaarlijks activiteitenverslag de aanbevelingen van het Fonds, om schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen, bevat. Diezelfde wet kent het Fonds een preventieopdracht toe op basis van de eventuele vaststellingen in het licht van de behandeling van de ingediende dossiers en ook op basis van de eventuele algemene besprekingen van het Beheerscomité van het Fonds. Deze preventieopdracht komt boven de voornaamste opdracht van het Fonds, namelijk de vergoeding van schade ten gevolge van een gezondheidszorg.

In vorige jaarverslagen werden nog geen aanbevelingen gedaan omdat het Fonds nog niet voldoende afstand kon nemen om dergelijke aanbevelingen te doen. Om de preventieopdracht tot een goed einde te brengen moesten er voldoende representatieve gegevens verzameld worden.

Op basis van de eerste 1000 dossiers die tot een advies hebben geleid kunnen enkele eenvoudige vaststellingen gedaan worden.

Deze vaststellingen zijn gebaseerd op een analyse van de aanvragen die tot een advies geleid hebben. Er is geen rekening gehouden met de dossiers die beëindigd zijn maar zonder advies (onontvankelijk op basis van art 12, gestopt op vraag van de aanvrager of zijn rechthebbende of bij gebrek aan antwoord van de aanvrager of zijn rechthebbende) en de dossiers die nog in onderzoek zijn.

Uit een analyse van de adviezen tot eind 2017 blijkt dat 2.5% gaat om medische ongevallen zonder aansprakelijkheid waar de ernstgraad bereikt werd en het Fonds tussenkomt.

18% zijn medische ongevallen met aansprakelijkheid waarin in de helft de ernstgraad werd bereikt en het Fonds zou kunnen vergoeden wanneer de aansprakelijke zorgverlener of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid zou betwisten.

In bijna 80% van de onderzochte 'medische ongevallen' gaat het dus noch over aansprakelijkheid noch over een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Het aantal adviezen is, zeker in verhouding tot het totale aantal zorgverstrekkingen in deze periode, beperkt. Het Fonds beschikt ook niet over precieze cijfers van het aantal prestaties die het kan afwegen tegenover het aantal medische ongevallen.

De aantallen per type zorgverstrekker en type prestatie zijn zeker nog te klein om voor bepaalde prestaties conclusies te trekken.

Op basis van de analyse van de eerste 1000 adviezen bestaat minstens een vermoeden van onvoldoende kennis en/of informatie van de aanvrager/vermeende slachtoffers van medische ongevallen over het normale verloop, de mogelijke ongewenste effecten van een behandeling, het resultaat van de behandeling, mogelijke verwickelingen,...

Het Fonds wenst dan ook de aandacht van enerzijds de zorgverlener te vestigen op het feit dat het belangrijk is goede, verstaanbare, juiste en realistische informatie te verstrekken voor, tijdens en na de zorgverstrekking en anderzijds de patiënt om zich goed te laten informeren, bijkomende inlichtingen te vragen. In deze volstaat het niet zich te beperken tot het kennismaken van een ideaal scenario.

Deze informatie moet verder gaan dan alleen de zorgverstrekking zelf maar moet ook gaan over de verwachte inspanningen van de patiënt, denk maar aan oefeningen na een gewrichtsprothese, aanpassing van de levenswijze, (dieetaanpassingen, gewichtsverlies, rookstop) zowel onmiddellijk na de zorgverlening als op langere termijn.

# Deel 7

## Adviezen van het fonds



Overeenkomstig de Wet van 31 maart 2010 wordt in het jaarverslag een voorstelling gedaan en toelichting gegeven bij de adviezen die het FMO meent te moeten uitbrengen, met betrekking tot de verschillende materies die onder zijn bevoegdheid vallen, opgenomen (vergoeding en preventie), en dat onder andere op vraag van de Minister maar eveneens op eigen initiatief.

Vandaar dat het FMO het zinvol acht om hierna een aantal standpunten mee te delen, uitgaande van het Beheerscomité, die meer duidelijkheid kunnen brengen voor alle belanghebbenden in de materies waarvoor het FMO bevoegd is.

## I. Standpunten nopens de tegensprekelijke expertise (hierna TSE) en het concept tegensprekelijkheid in de verschillende fasen van het onderzoek van de aanvraag.

Het FMO heeft rekening houdende met de aanbevelingen van het Beheerscomité in het kader van zijn opdracht, aangaande de opvolging van het verloop van de expertise en het toezicht op het tegensprekelijk karakter in geval van een tegensprekelijke expertise, onder meer de expertiseopdracht vervolledigd en maatregelen genomen in navolging op de standpunten die hierna aan bod komen.

### 1. De expertiseopdracht

#### a. Invoeging disclosure :

Om de transparantie van de FMO-procedure nog beter te waarborgen, heeft het Beheerscomité van het Fonds besloten een “disclosure”-formule toe te voegen aan de tegensprekelijke-expertise opdracht.

Concreet betekent dit dat de opdracht werd uitgebreid met twee paragrafen:

- De deskundige vermeldt, bij de aanvaarding van zijn opdracht, zijn competenties, d.w.z. zijn diploma, erkenningen als specialist, beroepservaring met betrekking tot het voorwerp van zijn opdracht, alsook eventuele strafrechtelijke en/of tuchtrechtelijke veroordelingen in verband met zijn beroepsuitoefening, alsook eventuele belangenconflicten, zoals werkzaamheid of adviesverlening voor verzekeringsmaatschappijen of andere opdrachtgevers. De deskundige vermeldt deze gegevens eveneens in het deskundig verslag.
- De deskundige waakt erover dat de raadgevers die aan de expertise willen deelnemen, wanneer zij zich aanmelden om de expertise te volgen, op tegensprekelijke wijze aan de deskundige en de andere partijen hun identiteit en adresgegevens meedelen, alsook de identiteit van hun opdrachtgever en wat hun kwalificaties zijn (bv arts, advocaat, andere...);

## b. Het concept tegensprekelijkheid doorheen de verschillende fasen in het onderzoek

### FASE VÓÓR DE TSE : RICHTLIJNEN INZAKE DE STUKKEN DIE WORDEN OVERGEMAAKT AAN DE EXPERT

Het transparante karakter van de keuze van documenten is zeer belangrijk, vandaar dat alle stukken steeds tegensprekelijk moet worden opgestuurd.

Van zodra er enige twijfel bestaat over de relevantie van de documenten moeten deze opgenomen worden in het dossier van de expertise.

Uiterste voorzichtigheid is aangewezen bij het weren van de documenten uit het dossier.

Het is een beleidskeuze van het Fonds om de niet relevante stukken niet door te geven uit respect voor de privacy van de patiënt.

### FASE VAN DE TSE, DE UITBREIDING VAN DE LOPENDE EXPERTISE

Een TSE wordt georganiseerd in geval:

- de schade ernstig is
- er niet voldoende informatie beschikbaar is na de reeds uitgevoerde éézijdige expertise
- in geval van vermoeden van aansprakelijkheid.

In bepaalde gevallen is een uitbreiding van de tegensprekelijke expertise aangewezen, zoals in geval van betrokkenheid van een nieuwe partij/zorgverlener.

Alle partijen worden dan op tegensprekelijke wijze<sup>1</sup> betrokken bij de lopende expertise, pas nadien mag de expert een medisch advies uitbrengen.

Deze uitbreiding brengt met zich mee dat niet alleen de nieuwe elementen die aan bod komen mede in aanmerking worden genomen voor de beoordeling, maar dat ook alle reeds bestaande of besproken elementen worden hernomen tijdens de eerstvolgende (bijkomende) zitting.

Het Fonds zal zo snel als mogelijk interveniëren en toezien op het tegensprekelijk karakter van de expertise.

Verder wordt er aanbevolen en/of toegelicht dat:

- wanneer er reeds een eindverslag is opgesteld, het Fonds een andere expert moet aanduiden
- in geval er reeds standpunten zijn ingenomen door de betrokken expert het Fonds een nieuwe expertise dient op te starten met een andere expert omwille van de negatieve perceptie en om de onpartijdigheid en onafhankelijkheid te waarborgen
- de uitbreiding dus mogelijk is tot zolang de expert geen advies over MOZA (i.e. medisch ongeval zonder aansprakelijkheid) of aansprakelijkheid e.a. heeft geformuleerd en de expert blijkt geeft van de nodige voorzichtigheid bij het respecteren van tegensprekelijkheid t.a.v. de nieuwe partij

1. i.e. de deskundige doet geen verrichtingen en neemt geen uitspraken op indien niet alle partijen aanwezig zijn of regelmatig uitgenodigd werden om aanwezig te zijn.

- de nieuwe partij moet betrokken worden en dat pas na het respecteren van het tegensprekelijk karakter de expert een advies mag uitbrengen
- het betrekken van een nieuwe partij in dezelfde expertise onder voormelde voorwaarden, geen nieuwe expertise is, maar een uitbreiding van de bestaande expertise
- mits een juiste formulering een uitbreiding van de opdracht mogelijk is.

Met betrekking tot de rol van het Fonds werd er besloten dat:

- het Fonds een procedurele en administratieve bijstand biedt, maar nooit betrokken is bij de inhoudelijke aspecten van de TSE
- de aanpassing van de opdracht een delicate kwestie is en dat het alleen kan bij de aanvang en niet tijdens de procedure en zeker niet nadat de expert een standpunt heeft ingenomen. Indien bijkomend onderzoek nodig is moet een nieuwe expertise opgestart worden.
- de tussenkomst van het Fonds moet worden meegedeeld aan alle partijen
- het Fonds moet terughoudend zijn om documenten niet te verzenden aan de expert in geval van een tegensprekelijke expertise. Dit kan enkel ter bescherming van het privéleven wanneer de stukken duidelijk niet relevant zijn voor de behandeling van het dossier. Het Fonds verleent wel administratieve ondersteuning aan de expert bij het ordenen van de stukken
- de nadruk moet worden gelegd op de naleving van de kalender mits enig pragmatisme en flexibiliteit van de expert.

#### FASE NA DE TSE

Aangaande het advies dat wordt opgesteld door het Fonds na de TSE stelt de administratie vast dat er kritiek wordt geuit, veelal door advocaten van de betrokken zorgverleners en/of verzekeraars, met betrekking tot de tegenspraak en/of het niet respecteren van de rechten van verdediging.

Het is echter een misvatting en ook niet de bedoeling dat de fase na de TSE verder tegensprekelijk dient te verlopen. Het is ook niet voorzien in de wet.

De procedure voor het Fonds is een administratieve procedure, waarbij het tegensprekelijk karakter dient gerespecteerd te worden tijdens de TSE en moet worden onderscheiden van de gerechtelijke procedure.

Het Fonds heeft het wettelijk recht om af te wijken van het advies van de expert.

De wet verplicht het Fonds niet om in de fase na de expertise de tegensprekelijkheid te garanderen.

Desalniettemin acht het Beheerscomité het wenselijk dat het Fonds de kans geeft aan de partijen om te reageren (zoals reeds eerder besproken is het "horen" van partijen een procedure die tot doel kan hebben om de betrokken partijen de mogelijkheid te bieden om hun standpunt te uiten over het ongeval zelf). Het Beheerscomité stelt dus voor om, in geval het Fonds afwijkt van het medisch advies van de medisch expert, een voorlopig advies voor te leggen aan de partijen om de tegensprekelijkheid te garanderen.

Dit zou schriftelijk kunnen gebeuren, maar rekening houdend met de kwetsbaarheid van patiënt zou een hoorzitting wenselijk zijn.

In het definitief advies moet rekening worden gehouden met de opgeworpen schriftelijke argumenten en/of met de argumenten opgeworpen tijdens een eventuele hoorzitting.

## 2. Meer schadegerichte aanpak

In de vergadering van 9 juni 2017 besloot de Raad van Bestuur om groen licht te geven voor een meer schadegerichte aanpak.

Vanuit de bekommernis om de dossiers zo snel en zo adequaat mogelijk te behandelen, zal het Fonds bij de behandeling van dossiers art. 17 par. 2 strikter toepassen.

Par. 2 van art. 17 stelt dat tenzij de aanvraag kennelijk onontvankelijk of ongegrond is, of tenzij alle partijen bij de procedure er afstand van doen, het Fonds een tegensprekelijke expertise organiseert indien er ernstige aanwijzingen zijn dat de schade de graad van ernst bedoeld in art. 5 bereikt.

In het verleden werd in elk dossier waarin een vermoeden bestond dat er ofwel een mogelijke aansprakelijkheid was en/of de ernstgraad bereikt zou kunnen zijn, geopteerd om een tegensprekelijke expertise te organiseren.

Deze houding was zeker te verantwoorden in de opstartfase, en enerzijds om de medewerkers van het Fonds toe te laten ervaring op te doen en anderzijds om de geloofwaardigheid van het Fonds te ondersteunen.

De ervaring leert dat deze tegensprekelijke expertises veel tijd in beslag nemen, veel geld kosten en wanneer de schade de ernstgraad niet bereikt, cfr art. 5 van de wet van 31 maart 2010, niet leidt tot een schadevergoeding van het slachtoffer door het Fonds.

Vanaf deze datum wordt voor de dossiers waarin een expertise wordt georganiseerd op vraag van het Fonds vooraf nagegaan of de ernstgraad zoals voorzien in art. 5 bereikt is.

Alleen voor dossiers waarin er aanwijzingen zijn dat de ernstgraad, zoals voorzien in art. 5 van de wet, bereikt is, zal het Fonds een tegensprekelijke expertise organiseren.

Om de beschikbare mankracht zo adequaat mogelijk in te zetten werd ervoor geopteerd om:

- de dossiers waarin de expertise reeds was voorbereid door de interne arts, deze af te werken zoals eerder voorzien,
- in dossiers waarin er geen aanwijzingen zijn dat de ernstgraad bereikt is, ofwel een eenzijdige expertise te organiseren ofwel dit dossier af te werken op basis van de analyse van een interne arts.

Omdat deze aanpak ertoe zou kunnen leiden dat een dossier waarin er wel aanwijzingen zijn dat de ernstgraad zoals voorzien in de wet wel bereikt is, trager zouden behandeld worden dan deze waarin de ernstgraad niet bereikt is werd de mogelijkheid gecreëerd om dossiers met zeer ernstige schade en leed bij voorrang te behandelen.

De interne artsen zullen deze dossiers, op welk moment van het proces, prioritair kunnen behandelen. Daarenboven zullen alle vragen voor prioritaire behandeling, zowel van de aanvrager, de patiënt of van de mandataris, geanalyseerd worden en volgens dezelfde regels voorrang krijgen.

In de nazomer werden de eerste dossiers afgewerkt op basis van deze schadegerichte aanpak. Een echte versnelling van het proces werd nog niet vastgesteld mede omwille van het feit dat de reeds voorbereide expertises nog volgens de eerdere regels werden uitgeschreven.

Publicatiedatum: Oktober 2018

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie: Fonds voor de medische ongevallen

Grafisch ontwerp: Communicatiecel van het RIZIV

Foto: Verypics

Wettelijk depot: D/2018/0401/36